



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Josielma da Silva Fernandes

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM
QUILOMBOLAS**

**CAMPINA GRANDE
2020**

JOSIELMA DA SILVA FERNANDES

**AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM
QUILOMBOLAS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

CAMPINA GRANDE

2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F363a Fernandes, Josielma da Silva.

Avaliação da condição de saúde e qualidade de vida em Quilombolas [manuscrito] / Josielma da Silva Fernandes. - 2020.

90 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.

"Orientação : Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Odontologia - CCBS."

1. Grupos étnicos. 2. Avaliação em saúde. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde pública. I. Título

21. ed. CDD 614

JOSIELMA DA SILVA FERNANDES

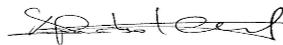
AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM
QUILOMBOLAS

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 21/09/2020

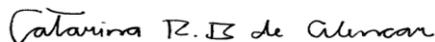
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti
Orientador - UEPB



Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Examinador Interno – UEPB



Profa. Dra. Catarina Ribeiro Barros de Alencar
Examinadora Externa – UFPB

Aos meus pais, João Fernandes e Maria do Carmo, e meus irmãos, João Paulo
e Josiana, portos seguros nesta caminhada. Dedico!
À Comunidade Remanescente de Quilombos, Caiana dos Crioulos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me conduziu neste percurso possibilitando uma experiência indescritível.

Ao professor Dr^o Alessandro Leite, orientador desta pesquisa, minha admiração e gratidão pelos conhecimentos compartilhados na construção desta conquista.

Aos professores Dr^o Wilton Padilha e Dr^a Catarina Alencar, examinadores da Banca de Qualificação e de Defesa da Dissertação, pela disponibilidade e contribuição para o aprimoramento desta pesquisa.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB pela construção do conhecimento no processo Ensino-Aprendizagem.

Ao Prof. Dr^o Risomar Vieira, supervisor do Estágio Docência, pela participação neste processo de aprendizagem, incorporando nas vivências em práticas docentes uma oportunidade de construção coletiva do conhecimento.

À Comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos, pela receptividade e acolhimento em seus lares, proporcionou relevantes contribuições na experiência de campo de pesquisa para construção do conhecimento desta pesquisa, memórias inesquecíveis de vivências, compartilhamentos do modo de vida e suas paisagens traçadas por processos históricos marcantes.

À Elza Urcelino, Agente Comunitária de Saúde da Comunidade Quilombola Caiana dos Crioulos, pela companhia e disponibilidade na execução da pesquisa, seu comprometimento identitário e profissional em busca de melhores condições de saúde e vida para esta população, me proporcionaram aprendizagens incomparáveis.

À Ednalva Nascimento, Presidente da Associação dos Moradores de Caiana dos Crioulos, pela receptividade e apoio a realização da pesquisa na comunidade.

À Psicóloga Terlúcia Paiva, encontrá-la nesta trajetória possibilitou profundas descobertas e valorização deste processo de conquistas.

Aos amigos que disponibilizaram um apoio nesta caminhada, Zilete e Hélio Rosa.

A Jailson Duarte, Isla Laureano e Alberto Araújo pela parceria nesta trajetória.

À querida amiga Roberta Carvalho pela amizade, empatia e apoio, muito obrigada.

Aos amigos-irmãos: Joelma Oliveira, Márcia Corcino e Luiz Antonio Vieira que vibraram comigo nesta conquista.

Aos demais familiares e amigos com os quais compartilho essa conquista.

O financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

*“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem;
Lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracterize”.*
Boaventura de Souza Santos

RESUMO

Os estudos em Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) tornam-se relevantes para evidenciar a situação de saúde e qualidade de vida (QV) dos quilombolas, uma vez que este segmento populacional apresenta condições de vulnerabilidades, particularmente, em decorrência do período da escravidão. Por isso, o presente estudo de campo com delineamento Transversal, abordagem indutiva e quantitativa, objetivou analisar os fatores sociodemográficos e de saúde que influenciaram na avaliação da saúde e percepção da QV em adultos quilombolas em Alagoa Grande/PB. A amostra foi do tipo probabilístico simples, foram sorteados 85 domicílios, da CRQ Caiana dos Crioulos. O instrumento de pesquisa compreendeu um formulário sociodemográfico, o formulário da Pesquisa Nacional de Saúde - 2013 e o WHOQOL-Bref. Foi realizada a análise descritiva dos dados, empregou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, o teste de comparação não paramétrico U de Mann-Whitney, o teste Qui-quadrado de Pearson, as variáveis com um p-valor < 0,20 foram incluídas na análise de Regressão de Poisson com variância robusta. A medida de associação foi demonstrada como Razão de Prevalência e intervalos de confiança (95%). O nível de significância adotado foi de 95%. Foi significativa entre a escolaridade no domínio físico, em que os quilombolas com maior escolaridade se perceberam com uma QV mais elevada quando comparados com os quilombolas com menor escolaridade. Quando comparados os domínios com a situação conjugal dos quilombolas foi significativa no domínio relações social, os quilombolas com companheiro percebem melhor a QV. Já entre a autopercepção de saúde muito bom/bom e regular/ruim/muito ruim, evidenciou-se significativas nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, em que os quilombolas que relataram uma condição regular/ruim/muito ruim tiveram uma pior avaliação da QV. Entre a presença e a ausência de doença crônica, física ou mental, foram significativas nos domínios físico e psicológico, em que os quilombolas sem o diagnóstico apresentaram uma QV mais elevada. Ao realizar comparação entre procurar ou não por algum serviço ou profissional de saúde, observou-se significativas nos domínios físico e psicológico. E, entre já ter tido dengue ou não, foi significativa no domínio meio ambiente, em que indivíduos que não tiveram dengue apresentaram uma melhor percepção da sua QV. Os quilombolas na faixa etária de 50-59 anos, de 60-69 anos e de 70 anos ou mais, e que procuraram por algum lugar, serviço ou profissional de saúde exibiram pior percepção de saúde. Portanto, fatores sociodemográficos e de saúde influenciaram na avaliação da condição de saúde e na percepção da qualidade de vida dos quilombolas.

Palavras-chave: Grupos étnicos. Avaliação em saúde. Qualidade de vida. Saúde pública.

ABSTRACT

Studies in Quilombola Remaining Communities (CRQ) become relevant to highlight the health and quality of life (QOL) situation of quilombolas, since this population segment presents conditions of vulnerability, particularly due to the period of slavery. Therefore, the present field study with a cross-sectional design, an inductive and quantitative approach, aimed to analyze the sociodemographic and health factors that lead to the assessment of health and perception of QOL in quilombola adults in Alagoa Grande / PB. The sample was of the simple probabilistic type, 85 households of the CRQ Caiana dos Crioulos were randomly selected. The research instrument comprised a sociodemographic form, the National Health Survey form -2013 and the WHOQOL-Bref. Descriptive analysis of the data was performed, the Kolmogorov-Smirnov test was used, the Mann-Whitney U nonparametric comparison test, the Pearson chi-square test, variables with a p-value <0.20 were included in the Poisson Regression analysis with robust variance. The measure of association was demonstrated as the Prevalence Ratio and confidence intervals (95%). The level of significance adopted was 95%. It was significant among schooling in the physical domain, in which quilombolas with higher education perceived themselves with a higher QOL when compared with quilombolas with less education. When comparing the domains with the marital status of the quilombolas it was significant in the social relations domain, quilombolas with a partner perceive their QoL better. Already between self-perceived health as very good / good and regular / bad / very bad, it was found significant in the physical, psychological and environmental domains, in which quilombolas who reported a regular / bad / very bad condition had a worse assessment of QOL. Between the presence and absence of chronic disease, physical or mental, they were significant in the physical and psychological domains, in which quilombolas without the diagnosis had a higher QOL. When comparing whether or not to look for a service or health professional, there were significant physical and psychological domains. And, whether he had dengue or not, it was significant in the environment domain, in which individuals who did not have dengue had a better perception of their QOL. Quilombolas in the age group of 50-59 years, 60-69 years and 70 years or more, and who looked for somewhere, service or health professional showed a worse perception of health. Therefore, sociodemographic and health factors influenced the assessment of health status and the perception of quilombola quality of life.

Keywords: Ethnic groups. Health assessment. Quality of life. Public health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Variáveis utilizadas no estudo.....	25
Tabela 1 - Distribuição dos quilombolas de acordo com as características sociodemográficas	70
Tabela 2 - Distribuição dos quilombolas de acordo com o perfil de saúde.....	71
Tabela 3 - Distribuição dos quilombolas de acordo com as variáveis referentes à consulta ao médico, ao dentista, procura e obtenção de atendimento de saúde	72
Tabela 4 - Distribuição dos quilombolas de acordo com as variáveis referentes à obtenção de medicamento, internação em hospital, prática integrativa complementar e dengue	74
Tabela 5 - Distribuição da autopercepção de saúde dos quilombolas de acordo com as características sociodemográficas, perfis de saúde e de utilização dos serviços de saúde	76
Tabela 6 - Modelo de regressão múltipla de Poisson, de acordo com as variáveis sociodemográficas, perfil de saúde e padrão de utilização dos serviços de saúde	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil

CNS/MS - Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

CRQ- Comunidades Remanescentes de Quilombos

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

QV - Qualidade de Vida

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHOQOL 100 - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL- BREF - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1	Comunidades quilombolas	12
1.2	Saúde da população negra e dos quilombolas	13
1.3	Avaliação da condição de saúde dos quilombolas	15
1.4	Utilização dos serviços de saúde pela população quilombolas.....	17
1.5	Qualidade de vida dos quilombolas	18
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	METODOLOGIA.....	24
3.1	Desenho do estudo	24
3.2	Local do estudo	24
3.3	População e amostra	24
3.3.1	Critérios de inclusão.....	24
3.3.2	Critérios de exclusão	25
3.4	Variáveis do estudo.....	25
3.5	Sensibilização para o acesso aos domicílios para a coleta de dados na comunidade	29
3.6	Estudo piloto.....	29
3.7	Instrumentos da pesquisa e coleta de dados	30
3.8	Análise estatística	31
3.9	Aspectos éticos.....	31
4	RESULTADOS	32
	Artigo 1: Características Sociodemográficas e Qualidade de Vida em Quilombolas no Nordeste Brasileiro	32
	Artigo 2: Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em quilombolas	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	74
	APÊNDICE A - Quadro Sociodemográfico	74
	ANEXOS	75
	ANEXO A: Termo de Autorização Institucional – TAI.....	75
	ANEXO B – Pesquisa Nacional De Saúde -2013 - Módulo J: Questionário De Acesso E Utilização Dos Serviços De Saúde	76
	ANEXO C - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida	84
	ANEXO D: Parece Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	86
	ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De acordo com a Lei nº 12.288 do Estatuto da Igualdade Racial, a população negra compreende o conjunto de pessoas que se autodeclaram negras e ou pardas no quesito cor ou raça do questionário de pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou que adotam auto definição análoga¹. O Censo Demográfico de 2010 expressou que a maioria da população brasileira se autodeclarara da cor ou raça preta, sugerindo um reconhecimento do perfil étnico-racial por parte da população brasileira¹.

A maior parte desse contingente se encontra em situação de vulnerabilidade social, ocasionando iniquidades, inclusive em relação à atenção a saúde. A inclusão da cor ou raça nas informações de saúde e em estudos científicos permite um recorte fundamental para compreender as desigualdades das condições políticas, sociais, econômicas e suas conseqüências no processo saúde-doença da população negra².

Em se tratando da situação de saúde, as políticas públicas, destacam a atenção as comunidades quilombolas, onde as conseqüências do processo de escravidão constituem-se fator de desigualdades sociais e de saúde^{3, 4, 5}. Por isso, foram instituídas políticas públicas, de caráter compensatório, dentre elas, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), dentre os objetivos específicos, destaca-se garantir e ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde e identificar as necessidades de saúde para utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades para a saúde da população negra, em particular as populações quilombolas³.

As Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) são formadas por negros descendentes de escravos que mantém tradições, práticas religiosas, relação de trabalho na terra e sistema de organização social relacionada à ancestralidade dos negros escravizados⁵, reconhecidas oficialmente com direitos universais à saúde, a partir da Constituição Federal de 1988⁶.

Atualmente, no Brasil, existem 3.386 CRQ certificadas pela Fundação Cultural Palmares, das quais 2.169 estão presentes na região nordeste, sendo 42 no estado da Paraíba, entre elas, a CRQ Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande, certificada em 05 de maio de 2005⁷.

Apesar da significativa quantidade de pessoas residentes em comunidades quilombolas, verifica-se que há poucos estudos, de modo a permitir o conhecimento e a comparação da situação de saúde e qualidade de vida quilombola, tal insuficiência, confere uma lacuna na literatura a respeito da população quilombola. Cardoso⁸ analisou as evidências

da produção científica sobre a saúde dos quilombolas, constatou que embora existam pesquisas abordando a temática, a literatura ainda é escassa em estudos que melhor evidenciem a saúde dos quilombolas.

Para Bezerra⁹ faz-se necessário extrapolar o diagnóstico de saúde do ponto de vista étnico racial para além da análise de dados secundários, mas buscar conhecer a realidade de grupos minoritários, ainda não cobertos pelos sistemas de informações de saúde, tais como a população quilombola. De modo particular, as pesquisas em populações específicas, auxiliam na compreensão dos fatores histórico e sociocultural que influenciam na situação de saúde e na percepção da qualidade de vida¹⁰.

Santos *et al.*¹¹ reconhece que a trajetória histórica da população negra no Brasil mostra a luta por melhores condições de saúde e qualidade de vida. Para Oliveira *et al.*¹², as comunidades quilombolas vivenciam situação de vulnerabilidade social, mesmo após a formalização da abolição da escravatura, principalmente em relação aos cuidados de saúde.

Em meio aos graves problemas relacionados às comunidades quilombolas destacam-se os aspectos relacionados à qualidade de vida e saúde¹³. Quanto à condição de saúde, Chor (1999)¹⁴ analisou como um componente importante do reflexo da qualidade de vida em diferentes grupos populacionais. De tal modo, Toralis *et al.*¹⁵ confirmaram que as dificuldades vivenciadas pelos quilombolas refletem na qualidade de vida. Observa-se que o uso dos serviços de saúde vem aumentando no país, porém permanecem as desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários¹⁶.

Tal realidade evidencia a necessidade da realização de estudos que caracterizem a condição de saúde, a utilização dos serviços de saúde e a qualidade de vida dos quilombolas. Assim, possibilitar repensar a atenção a saúde para atender às demandas peculiares dos quilombolas e promover fatores que beneficiam a qualidade de vida dessa população. Por isso, este estudo pretende verificar a condição de saúde, a utilização dos serviços de saúde e a percepção da qualidade de vida dos quilombolas, em Alagoa Grande, Paraíba.

1.1 Comunidades Quilombolas

A legislação brasileira reconhece como comunidade remanescente de quilombos grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. O processo de certificação de reconhecimento da identidade da comunidade como remanescentes de quilombo, é emitida pela Fundação Cultural Palmares, enquanto, a

garantia para direito à posse das terras ocupadas por remanescentes de quilombos é regulamentada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA^{5,17}.

A formação territorial dos Quilombos no Brasil foi constituída no período da escravidão e pós-abolição formal da escravidão, como possibilidade de viver numa organização comunitária em liberdade. Tais comunidades foram originadas em diferentes situações, como doações de terra, áreas ocupadas por negros que fugiam da escravidão e terras conquistadas por prestações de serviços. Dentre os principais fatores que contribuíram para a formação de quilombos, destacam-se, as péssimas condições de vida e trabalho e as diversas formas de violência às quais foram submetidos nos episódios de resistência e luta contra a escravidão⁵.

Assim, a população quilombola é marcada por processos de exclusão que produzem em sua realidade um quadro socioeconômico desfavorável em relação à população brasileira⁵. De acordo com Oliveira *et al.*¹², a invisibilidade social constitui uma marca que acompanha a população quilombola no decorrer da história brasileira, caracterizando-as como grupo vulnerável, sujeito a discriminação de origem social e racial.

|As desigualdades com relação à saúde, quando se considera a cor da pele, demonstrando a necessidade de exploração do tema no contexto da saúde pública¹⁴. Embora, reconhecendo que as desigualdades raciais interferem no processo saúde-doença da população e respeitando o princípio da equidade, de acordo com Batista¹⁷, a implementação da PNSIPN ainda não atingiu as populações negras e ainda aquém os quilombolas.

1.2 Saúde da população negra e dos quilombolas

As principais doenças e agravos observados na população negra podem ser agrupados nas seguintes categorias: geneticamente determinadas; adquiridas em condições sociais desfavoráveis; e de evolução agravada ou tratamento dificultado¹⁹. Estudos revelam que algumas doenças na população negra, ocorrem devido a fatores genéticos, explicados pela intensa miscigenação ocorrida no território brasileiro, incluindo o negro africano, o branco europeu e os indígenas nativos².

No entanto, uma pesquisa apontou um desconhecimento por parte da população negra, especialmente naqueles com baixa renda e escolaridade, sobre a existência de doenças mais prevalentes na população negra. De tal modo, 90% dos entrevistados relataram desconhecer a existência da PNSIPN, a maioria aprovou os objetivos, entretanto, declararam que a PNSIPN tende a reforçar a discriminação racial².

Os autores contextualizam tais resultados e a dificuldade de obter informações sobre a saúde da população negra no Brasil, justificados no pensamento intitulado “O Mito da Democracia Racial”, de que uma política específica para a população negra seria uma forma de privilégio e, portanto, desnecessária, uma vez que considerando todos os indivíduos iguais independente da raça, pelos ideais de que no Brasil inexistem obstáculos estrutural, social, cultural ou racial. Entretanto, estudos apontam diferença entre indivíduos brancos e pretos, inclusive nos indicadores de saúde, geralmente desfavoráveis a população negra e quilombola, segundo Oliveira *et al.*²⁰ tais estudos propiciam reflexões de desconstrução do pensamento de uma “Democracia Racial”.

Para Werneck *et al.*²¹, apesar dos efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. Essa perspectiva corrobora em um estudo com pessoas auto declaradas pretas ou pardas, foi verificada a prevalência de 48,6% de pessoas autodeclaradas pretas que perceberam discriminação, e que apenas 7,0% relataram já a terem sofrido, sugerindo uma discrepância entre a percepção e a ocorrência de fato da discriminação, além da dificuldade das pessoas em reconhecer e relatar a própria discriminação².

Outro agravante da situação de saúde da população negra é o racismo institucional, entendido quando não se oferece um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. Essa forma de preconceito pode ser analisada nas dimensões das relações interpessoais e políticas programáticas dos serviços de saúde³, configurando-se como a dificuldade ou impossibilidade das instituições públicas responderem efetivamente às desigualdades raciais²².

Werneck *et al.*²¹ afirma que os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes para indicar o impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade da população negra de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência. Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra.

Consideram-se os fatores sociais, raciais e econômicos associados à situação de saúde desfavoráveis da população negra, tais condições na população quilombola apresentam-se também associada ao contexto de localização predominantemente rural, peculiaridades culturais e epidemiológicas¹¹. Paulli *et al.*²³ pondera que a interseccionalidade da raça/etnia, classe social, isolamento geográfico e processo histórico de exclusão social potencializam um quadro desfavorável na situação de saúde da população quilombola. Tais condições refletem o

perfil socioeconômico da população e a deficiência nas políticas públicas para as comunidades quilombolas justificando as condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde²⁴.

1.3 Avaliação da condição de saúde dos quilombolas

A auto-avaliação da condição de saúde obtém informações sobre a saúde física e mental do indivíduo²⁵ e permite conhecer a situação de saúde das populações²⁶. Embora subjetiva, é considerada um meio eficaz para informações sobre a saúde de grupos populacionais²⁶, Oliveira *et al.*²⁰ corrobora que a autoavaliação se aproxima da situação real, portanto, é uma medida eficaz para avaliar o estado de saúde.

De acordo com Figueiredo *et al.*²⁸, a autoavaliação inclui o conceito subjetivo de saúde, possibilitando investigar os fatores associados à percepção de saúde, considerando a ótica do indivíduo, retratando o estado de saúde da população em estudo.

Apesar de escassos na literatura, os estudos sobre a avaliação da condição de saúde conduzidos em comunidades quilombolas^{12,16,29} apresentaram resultados de uma situação de saúde precária, tendo em vista, o elevado registro da auto-avaliação de saúde muito ruim/ruim^{20,29}. Nas comunidades quilombolas no Sudoeste da Bahia¹⁶, os autores registraram autopercepção de saúde negativa em 55,2% da população e de 46% no Norte de Minas Gerais¹².

Na população brasileira, em 2013, a prevalência de autoavaliação da condição de saúde ruim foi de 40%, os principais fatores associados foram o aumento da idade, possuir baixos níveis de escolaridade e renda, tabagismo, sedentarismo, consumir bebida alcoólica, presença de morbidade crônica e obesidade³⁰.

Na população quilombola, a avaliação da condição de saúde mostrou-se associada a dimensões demográficas, socioeconômicas e, especialmente, à morbidade autorreferida¹², hábitos de vida e suporte social²⁹. Mostraram-se associados a uma autoavaliação negativa do estado de saúde as seguintes variáveis: a idade, a hipertensão arterial, o diabetes, a artrite, a depressão e os problemas de coluna¹², além dos indivíduos mais escolarizados, obesos, com maior número de doenças crônicas, com limitação nas atividades da vida diária e entre aqueles com menor apoio social²⁹.

Em relação à idade, os resultados encontrados em estudos com outras populações^{6,31} confirmam que o avançar da idade está relacionada ao aumento da autopercepção negativa do estado de saúde dos indivíduos. Inclusive quando avaliada em estratos etários diferentes, foi

registrado um percentual crescente de autopercepção da saúde “regular ou ruim” para adolescentes, adultos e idosos²⁷.

Quanto à cor da pele, na população quilombola, esteve associada à pior percepção de saúde nas pessoas classificadas como pretas ou pardas, os autores alertam que esses resultados informam a influência, entre outros fatores, das desigualdades raciais na autoavaliação do estado de saúde²⁹.

Em relação à escolaridade, a associação do baixo grau de escolaridade com pior percepção da saúde foi registrada por outros pesquisadores em outros grupos populacionais^{27, 30,32}. Destaca-se, a divergência do estudo realizado em comunidades quilombolas²⁹ que mostrou a autopercepção de saúde negativa associada a indivíduos com maior escolaridade, os autores observaram que pessoas com 4 a 7 anos de estudos apresentaram menor chance de reportar a saúde muito boa/boa.

As doenças crônicas²⁹ se mostraram associadas à autopercepção de saúde negativa dos quilombolas, principalmente, a hipertensão, diabetes¹¹ e depressão^{12, 29}. Quanto a relação da artrose, artrite e problemas de coluna com a autopercepção de saúde negativa nos quilombolas, Oliveira *et al.*²⁰ diz que tal relação poderá ser a evidência da influência da localização rural dos quilombos e a necessidade do esforço físico na atividade laboral dos quilombolas.

Poucos estudos na literatura relacionam a avaliação do estado de saúde com as condições de vida da população^{33,34}. Verificam-se estudos que abordaram aspectos da saúde dos quilombolas, com ênfase em uso de medicamentos⁸, prevalência de hipertensão³⁵, problemas crônicos de coluna³⁶, doenças crônicas³⁷, saúde materno-infantil^{20,38}, depressão³⁹ e parasitose⁴⁰.

Em comunidades quilombolas da Bahia, as mulheres e os indivíduos que não consultaram o médico²⁹ apresentaram melhor auto avaliação da saúde. Enquanto, na população baiana²⁸, os homens (56,88%), os indivíduos com faixa etária entre 18 e 29 anos (68,87%), união estável/livre (56,24%), com plano de saúde (58,27%) e ensino médio incompleto (73,66%) definiram o estado de saúde como “bom”.

No entanto, para se obter a equidade em saúde, além de conhecer a condição de saúde, alguns autores enfatizam o registro da condição de utilização dos serviços de saúde^{9,12}. Santos *et al.*¹¹, advertiu que para a redução das desigualdades em saúde, vividas historicamente pela população negra no Brasil, é necessário, possibilitar maior equidade na distribuição dos serviços de saúde oferecidos.

1.4 Utilização dos serviços de saúde pela população quilombolas

A literatura sobre o uso de serviços de saúde pela população quilombola é escassa, porém os trabalhos disponíveis demonstraram que esse grupo populacional ainda vive em situação de vulnerabilidade, desde o processo histórico de escravização, implicando em desigualdades sociais e de saúde^{4,41,42}, inclusive, dificultando a utilização dos serviços de saúde¹⁵.

O acesso e a utilização dos serviços de saúde, no Brasil, aumentaram com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1981, antes da criação do SUS, demonstraram que apenas 8% da população afirmavam ter usado serviço de saúde⁴³.

A literatura demonstra que as condições sociodemográficas, econômicas e o comportamento individual, aumentam a utilização de serviços de saúde pela população^{42,44,45,46}. Porém, ainda se observam desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde no Brasil^{45,42,47} principalmente, segundo a raça/cor e etnia¹⁶.

Um estudo de base populacional, sobre a utilização de serviços de saúde pela população quilombola do sudoeste da Bahia¹⁶, indicou uma subutilização de serviços de saúde e demonstrou a necessidade de melhorar a prestação dos serviços de saúde. Verificaram maiores prevalências de uso de serviços para os quilombolas do sexo feminino, com companheiros (as), que avaliaram sua saúde como regular /ruim ou muito ruim, os cadastrados no Programa Saúde da Família e os que fizeram referência a um serviço de saúde de uso regular.

Os estudos em comunidades quilombolas apontaram como fatores que explicam para a menor prevalência de utilização dos serviços de saúde, o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera^{40,41} assim como o funcionamento do PSF com alta rotatividade dos profissionais de nível superior, em regiões rurais, e a precária infra-estrutura para a realização dos atendimentos^{34,48}.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde⁴⁹ - PNS, realizada em 2013, mostrou diferenças sociodemográficas na utilização dos serviços de saúde pela população brasileira, estimou que 77,8% das pessoas que precisavam de atendimento de saúde, costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde, sendo que esse comportamento foi encontrado em maior proporção nas pessoas de cor branca (79,1%) do que entre as pessoas de cor preta (75,6%) e parda (77,0%).

Quanto ao indicador da utilização dos serviços de saúde, segundo a PNS⁴⁹ – 2013, 15,3% da população brasileira procuraram atendimento de saúde. A estimativa foi maior para as pessoas de cor branca (17,0%) do que para aquelas de cor preta (14,7%) e parda (13,7%). Apesar da melhoria no acesso e uso de serviços de saúde em todas as regiões, notam-se diferenças importantes quando se observam dados do Norte e Nordeste, com o menor uso dos serviços de saúde, apesar da maior cobertura pelos programas públicos.

No perfil da utilização dos serviços de saúde, na população quilombola, foram observadas elevadas consultas médicas, consistindo as doenças como o principal motivo para o uso de serviços de saúde, a maior frequência para o serviço ambulatorial e o SUS foi o principal responsável pelo financiamento da utilização dos serviços de saúde¹⁶.

Os autores enfatizam que a cor da pele, a baixa renda e escolaridade, não influenciaram o uso de serviços de saúde na população quilombola, embora tenham sido associados em estudos com outras populações^{44,50}, o que pode ser explicado por uma homogeneidade da amostra em relação a cor da pele.

A autoavaliação de saúde está relacionada com o aumento no uso dos serviços de saúde pela população quilombola, especialmente, as pessoas com uma pior autoavaliação da saúde tendem a usar mais os serviços de saúde, pois buscam os serviços de saúde para tentar melhorar a condição de saúde¹⁶.

De Alcântara *et al.*⁵¹, afirma que os quilombos foram mantidos a margem do conceito de sociedade, provocando um atraso na garantia e acesso das políticas públicas assistências, inclusive na área da saúde, o que promove uma forte influência na QV dos quilombolas. Toralis *et al.*¹⁵ corrobora ao acrescentar que é provável que as condições econômicas tenham impacto negativo nas condições de saúde e conseqüentemente na qualidade de vida dos quilombolas.

Bezerra *et al.*⁹ sugere a necessidade de implantação de estratégias para melhorar a QV e reduzir o grau de vulnerabilidade dos quilombolas. De Alcântara *et al.*⁵¹ enfatiza a importância de estudos sobre a qualidade de vida da comunidade quilombola, tendo em vista que, seu modo de vida e suas características organizacionais podem influenciar diretamente nessa percepção da qualidade de vida.

1.5 Qualidade de vida dos quilombolas

A etimologia do termo qualidade deriva do latim “*qualis*”, que significa o modo de ser característico de alguma coisa, podendo assumir tanto características positivas como

negativas. Porém, quando se fala em qualidade de vida, geralmente, refere-se a algo bom, digno e positivo¹⁰.

O conceito de Qualidade de Vida (QV) vem sendo amplamente discutido na literatura, pois não se verifica um consenso na definição¹⁵, tendo em vista, às diferentes abordagens e métodos de avaliação, nas diversas áreas do conhecimento, envolvendo múltiplos fatores que podem estar inseridos na condição da QV. De acordo com Ribeiro *et al.*⁵⁰, a dificuldade para uma definição pode estar relacionada à variação que o conceito assume de cultura para cultura, de um indivíduo para outro e em tempos diferentes⁵².

No entanto, as discussões sobre as definições de QV, ampliaram-se e diversificaram-se numa perspectiva relacionado à percepção subjetiva que o indivíduo tem de sua própria vida em todos os segmentos⁵³. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um conceito subjetivo e multidimensional, considerando a QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵⁴. De tal modo, é um conceito amplo, complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, as relações sociais, e a relação com as características do meio ambiente^{52,54}.

A mensuração da QV é evidenciada na literatura como uma investigação tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, tendo em vista que a QV é uma das principais medidas de impacto na saúde pública das diferentes populações⁵⁵. Assim, a QV é considerada um construto multidimensional, proposto como um indicador de saúde da população e de avaliação que são utilizados para estimular ações de promoção da saúde⁵⁶.

Os instrumentos para avaliação da QV variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo, existem inúmeras formas para avaliar a QV, apesar de não existir um instrumento com medida padrão ouro, tendo em vista que ainda não há consenso do conceito de QV⁵⁹.

O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), é um instrumento de avaliação da QV, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde - OMS, validado no Brasil, contendo 26 questões, sendo duas gerais que avaliam a QV geral e a satisfação com a saúde e, 24 questões englobadas nos domínios, físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente⁵⁷.

Estudos sobre a QV em comunidades quilombolas com a utilização do instrumento WHOQOL-Bref são escassos na literatura^{11,51,58}, no entanto, demonstraram que os fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde estiveram associados à QV dos quilombolas. Alcântara *et al.*⁵¹ considera as iniquidades relacionadas à cor da pele como um elemento constituinte da QV da comunidade quilombola.

Dentre os quatros domínios, os estudos que utilizaram o WHOQOL-Bref, encontraram resultados similares em quilombolas e com outras populações, tais como, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), idosos rurais, usuários da Atenção Primária de Saúde e refugiados africanos, onde o domínio das relações sociais foi o melhor avaliado, ao passo que o domínio meio ambiente obteve a pior avaliação^{11,15,51,58,59,60,61,62,63}.

Tais resultados no domínio das relações sociais podem ser compreendidos pelas condições de proximidade, familiaridade e colaboração em que vivem os quilombolas¹⁵. Sardinha *et al.*⁵⁸ ratifica a influência da organização social das comunidades quilombolas e supõe a influência do suporte social, da atividade sexual e o menor número de facetas avaliado neste domínio.

O domínio meio ambiente é considerado o fator mais vulnerável nas avaliações da QV⁵⁹, nas comunidades quilombolas^{11,15,58} pode ter relação com os aspectos ambientais dos locais de moradia que geralmente se caracterizam pela inexistência de saneamento básico, qualidade inadequada de higiene e ausência de tratamento da água^{4,11,15} corrobora com a evidência da carência da comunidade quilombola no que se refere às condições de transporte, de acesso a serviços de saúde, dificuldade de acesso a informações e ao lazer.

As piores percepções de QV relacionaram-se com piores condições de saúde, habitação, educação e renda, além de problemas nas relações sociais e condições psicológicas⁶¹. Em populações quilombolas, os menores escores da QV foram associados ao sexo feminino, faixa etária mais avançada, baixo grau de escolaridade em situação de aposentadoria¹⁵.

Os estudos apresentaram as variáveis associadas a uma pior percepção da QV para cada domínio do WHOQOL-Bref. As variáveis associadas à pior percepção do domínio físico foram sexo, idade, dor e satisfação com a saúde⁵⁹, indivíduos com menos de oito anos de estudo em comparação àqueles com escolaridade acima de oito anos, presença de doença crônica, uso de medicamentos⁶¹.

Nas comunidades quilombolas, no que tange a pior percepção no domínio físico, foram apontados os quilombolas com mais de 50 anos quando comparados aos mais jovens e os aposentados ou pensionistas comparados aos desempregados, empregados, e do lar. Porém, os quilombolas com maior grau de escolaridade demonstraram melhor percepção da QV no domínio físico¹⁵.

Um dos aspectos a ser considerado em relação ao domínio físico entre os quilombolas é o cotidiano de trabalho rural, entre eles, a roça e a pesca, realizada em locais distantes da moradia, em relevo irregular como ladeiras, ruas não pavimentadas e precário acesso aos

meios de transporte. Observa-se também a pior percepção no domínio físico com o aumento da idade, caracterizando assim a influência da idade cronológica sobre este domínio¹⁵.

Com relação ao domínio psicológico, foram encontradas em ACS associações entre a pior percepção deste domínio e a escolaridade com nível fundamental, a alta exigência no trabalho, tabagistas e presença de dor musculoesquelética e a satisfação negativa da saúde⁵⁹, entre os indivíduos com menos de oito anos de estudo em comparação àqueles com escolaridade acima de oito anos e a presença de doença crônica⁶¹.

No domínio psicológico, à satisfação negativa do estado de saúde apresentou associação com a pior percepção neste domínio, indicando que pode estar relacionado à presença de sentimentos negativos, a baixa autoestima, a não aceitação da imagem corporal, entre outros comportamentos⁵⁹.

Os estudos verificaram pior percepção no domínio psicológico, entre os quilombolas idosos autodeclarados pretos e analfabetos⁵⁸, do sexo feminino, na situação de aposentados ou pensionistas e as mulheres que estão na condição “do lar”¹⁵.

No que se refere ao domínio das relações sociais, foram encontradas associações entre a pior percepção neste domínio, o sexo feminino, a situação conjugal sem união estável, ensino fundamental e satisfação negativa da saúde⁵⁹, a renda individual mensal⁵⁸ e viver sem companheiro⁶¹.

Especificamente com relação à variável situação conjugal, nos quilombolas não interferiu na QV, provavelmente relacionado ao suporte social do sentimento de pertencerem a uma mesma família denotando união e companheirismo destes sujeitos na comunidade em que vivem¹⁵. De acordo com Mascarenhas *et al.*⁵⁹, uma situação conjugal estável constitui-se em elemento importante de apoio social, pois a ausência de suporte social pode afetar o espaço das relações interpessoais.

Na análise do domínio meio ambiente, foram encontradas associações entre a pior percepção deste domínio, o sexo feminino, renda familiar menor/igual a 1.200,00 reais, local de trabalho em zona urbana e a satisfação negativa da saúde⁵⁹, indivíduos com menos de oito anos de estudo em comparação àqueles com escolaridade acima de oito anos⁶¹.

Por certo, entre os quilombolas, os fatores socioeconômicos e de saúde, estiveram associados à percepção da QV nos domínios, conforme Santos *et al.*¹¹ ratifica que a renda per capita, a autoavaliação do estado de saúde, o número dos problemas de saúde teve associação com todos os domínios da QV. Almeida-Brasil *et al.*⁶¹ mostrou que entre os ACS, a renda própria e a saúde autorreferida foram variáveis associadas QV em todos os quatro domínios.

A literatura tem apontado que existe diferença nos domínios em relação ao sexo, entre os quilombolas, Torales¹⁵ mostrou que os homens apresentaram melhor percepção da QV no domínio psicológico do que as mulheres. De Alcântara *et al.*⁵¹ encontrou que os homens apresentaram pior percepção no domínio Físico e que as mulheres tiveram pior percepção domínios Físico e Meio ambiente, com valores iguais.

A escolaridade associou-se a pior percepção no domínio Psicológico, os quilombolas com o ensino fundamental quando comparado àqueles que possuíam o ensino médio ou superior¹¹. A baixa escolaridade é citada por Freitas *et al.*⁴ como um fator de limitação para QV, sabe-se que os quilombolas apresentam baixo nível de escolaridade, o que poderá ser consequência do difícil acesso a escolas, tendo em vista, que as comunidades estão localizadas em zonas rurais⁶⁴. Assim, a educação tem um efeito na QV, pois desempenha um papel importante na manutenção da saúde e QV independente da cultura e grupos populacionais¹⁵.

Portanto, nos quilombolas os escores encontrados nos domínios do WHOQOL-Bref possibilitam identificar as principais demandas da população, quanto ao aprimoramento ou à elaboração de políticas públicas de saúde⁵¹.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores demográficos associados à condição de saúde e a qualidade de vida dos quilombolas.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográficos dos quilombolas;
- ✓ Descrever a utilização dos serviços de saúde dos quilombolas;
- ✓ Averiguar as condições de saúde dos quilombolas;
- ✓ Verificar a percepção da qualidade de vida dos quilombolas nos domínios físico, psicológico, social e ambiental.
- ✓ Analisar os perfis sociodemográfico, de saúde e de utilização dos serviços de saúde e avaliar sua associação com a autoavaliação negativa de saúde de quilombolas.
- ✓ Avaliar os fatores sociodemográficos e de saúde que influenciam na percepção da QV dos quilombolas.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo de campo, delineamento transversal, indutivo e quantitativo⁶⁵, realizado na CRQ Caiana dos Crioulos, em Alagoa Grande, Paraíba, Brasil.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na CRQ Caiana dos Crioulos, em Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. O município de Alagoa Grande a 111 quilômetros de distância da capital João Pessoa, características populacionais mostram um total de 28.479 habitantes, densidade demográfica 88,84 hab/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,582⁶⁷.

A CRQ Caiana dos Crioulos está situada na zona rural, distante 12 km do município sede, na microrregião do Brejo Paraibano e Mesorregião do Agreste Paraibano. A formação da comunidade remete ao processo de escravidão vivenciado no brejo paraibano, especialmente nos engenhos da região, assim a denominação Caiana faz referência a Cana Caiana, tipo da cana-de-açúcar que era utilizado nos engenhos, a expressão “dos Crioulos” revela o pertencimento racial de uma identidade vinculada a uma matriz africana³⁴.

3.3 População e amostra

Para o cálculo do tamanho amostral ajustado para população finita, foram considerados 110 domicílios do cadastrado da Agente Comunitária de Saúde (ACS) e os seguintes parâmetros⁶⁵: prevalência de 50% para o desfecho desconhecido, erro amostral de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

A seleção da amostra foi do tipo probabilístico simples, por meio do gerenciador de números aleatórios Randon, versão 2.1, foram sorteados 85 números, dos quais cada número representava o número do registro do domicílio no cadastro da ACS.

3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de elegibilidade incluíram os domicílios cadastrados na ESF e os indivíduos com idade superior a 18 anos.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos que não se autodeclararam quilombola.

3.4 Variáveis do estudo

Foram utilizadas as variáveis estabelecidas nos Formulários sociodemográfico, Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde ⁴⁹ e do WHOQOL- Bref ⁵⁷ descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis utilizadas no estudo

Variável	Forma de mensuração	Classificação quanto ao plano de análise	
Dados sociodemográficos	Sexo	1-Masculino 2 – Feminino	Independente
	Idade	Registro em anos	Independente
	Cor ou raça	1. Branca 2. Negra ou Preta 3. Amarela: descendente de povos orientais 4. Parda: (mulato (a), caboclo (a), cafuzo (a), mameluco (a) ou mestiço(a)) 5. Indígena	Independente
	Escolaridade	1-Analfabeto ou menos de um ano de escolaridade 2- Fundamental incompleto 3- Fundamental completo 4- Ensino médio incompleto 5- Ensino médio completo 6- Ensino superior incompleto 7- Ensino superior completo	Independente
	Estado civil	1-Solteiro 2-Casado ou união estável 3- Divorciado ou separado 4-Viúvo	Independente
	Profissão	Registro, por extenso, a ocupação declarada pelo entrevistado	Independente
	Situação de trabalho	1- Trabalha 2- Está sem trabalho	Independente
	Número de moradores por domicílio	Registro, por extenso, da quantidade de moradores	Independente
	Estado de saúde	1 Muito Bom 2 Bom Regular 3 ruim	Dependente

	4 muito ruim	
Doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico	1 Sim 2 Não	Independente
Procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde	1 Sim 2 Não	Independente
Teve dengue	1 Sim 2 Não	Independente
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar atividades por motivos de saúde	1 Sim 2 Não	Independente
Principal motivo de saúde que incapacitou à realização de atividades nas duas últimas semanas	1 Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca 2 Dor nos braços ou nas mãos 3 Artrite ou reumatismo 4 Resfriado/gripe 5 Diarreia/vômito/náusea gastrite 7 Outro problema de saúde mental 8 Outra doença 9 Lesão provocada por acidente de trânsito 10 Outro problema de saúde	Independente
Nas duas últimas semanas, esteve acamado	1 Sim 2 Não	Independente
Doença limita as atividades habituais	1 Sim 2 Não	Independente
Quando consultou um médico pela última vez	1 Nos doze últimos meses 2 De 1 ano a menos de 2 anos 3 De 2 anos a menos de 3 anos 4 Há 3 anos ou mais 5 Nunca foi ao médico	Independente
Quando consultou um dentista pela última vez	1 Nos doze últimos meses 2 De 1 ano a menos de 2 anos 3 De 2 anos a menos de 3 anos 4 Há 3 anos ou mais 5 Nunca foi ao dentista	Independente
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde	1 Sim 2 Não	Independente
Motivo principal pelo qual procurou atendimento, nas duas últimas semanas	1 Doença 2 Problema odontológico 3 Reabilitação ou terapia 4 Continuação de tratamento 5 Pré-natal	Independente

		6 Exame complementar de diagnóstico doenças 7 Vacinação 8 Outro atendimento preventivo 9 Outro	
	Local onde procurou o primeiro atendimento, nas duas últimas semanas	1 Unidade Básica de Saúde 2 No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	Independente
	Foi atendido nessa primeira vez que procurou atendimento, nas duas últimas semanas	1 Sim 2 Não	Independente
	Motivo pelo qual não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento, nas duas últimas semanas	1 Não tinha médico atendendo 2 Não tinha dentista atendendo 3 Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender	Independente
	Nas duas últimas semanas, quantas vezes voltou a procurar atendimento de saúde	1 Nenhuma vez 2 Uma vez	Independente
	Motivo pelo qual não foi atendido nessa última vez, nas duas últimas semanas	1 Não tinha médico atendendo 2 Não tinha dentista atendendo	Independente
	Principal atendimento de saúde que recebeu, na primeira vez que procurou atendimento	1 Consulta médica 2 Consulta odontológica 3 Consulta com outro profissional de saúde 4 Injeção, curativo ou medição da pressão arterial	Independente
	No último atendimento, foi receitado algum medicamento	1 Sim 2 Não	Independente
	Obteve os medicamentos receitados	1 Todos 2 Alguns 3 Nenhum	
	Principal motivo por não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados	1 Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde 2 Outro	Independente

	Medicamento obtido no programa farmácia popular	1 Sim, todos 2 Sim, alguns 3 Não, nenhum	Independente
	Medicamento obtido no serviço público de saúde	1 Sim, todos 2 Sim, alguns 3 Não, nenhum	Independente
	Pagou algum valor pelos medicamentos	1 Sim 2 Não	Independente
	Nas duas últimas semanas, motivo pelo qual não procurou serviço de saúde	1 Não houve necessidade 2 O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 3 Horário incompatível 4 Dificuldade de transporte 5 Outros motivo	Independente
	Nos últimos doze meses, ficou internado em hospital por 24h ou mais	1 Sim 2 Não	Independente
	Principal atendimento de saúde que recebeu internado (pela última vez), nos doze últimos meses	1 Parto cesáreo 2 Tratamento psiquiátrico 3 Cirurgia 4 Outros	Independente
	Última internação nos últimos doze meses foi coberta pelo plano de saúde	1 Sim 2 Não	Independente
	Na última internação, como foi o atendimento recebido	1 Muito bom 2 Bom 3 Regular	Independente
	Nos últimos doze meses, teve atendimento de emergência no domicílio	1 Sim 2 Não	Independente
	Nos últimos doze meses, utilizou prática integrativa e complementar	1 Sim 2 Não	Independente
	Tratamento feito através do SU	1 Sim 2 Não 3 Não sabe	Independente

	Teve dengue	1 Sim 2 Não	Independente
	Diagnóstico dado pelo médico	1 Sim 2 Não	Independente
Qualidade de vida	Questionário WHOQOL- BREF	Domínio Físico	Independente
		Domínio Psicológico	Independente
		Domínio Relações Sociais	Independente
		Domínio Meio Ambiente	Independente

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

3.5 Sensibilização para o acesso aos domicílios para a coleta de dados na comunidade

O projeto da pesquisa foi apresentado a Presidente da Associação dos Moradores de Caiana dos Crioulos (CNPJ: 12.609.426/001-26), Edinalva Rita do Nascimento, visando obter a autorização para o acesso a comunidade e ciência da intenção da pesquisa (ANEXO A).

Além disso, foi estabelecido contato com a ACS Elza Urcelino da Silva, para informar os dados cadastrais e a localização dos domicílios na comunidade, e durante a coleta de dados acompanhar a pesquisadora, facilitando a sensibilização dos moradores que estavam presentes nos domicílios sobre a pesquisa a ser realizada, além de divulgar a ocorrência da pesquisa na comunidade, sendo observado na abordagem inicial nos domicílios, que os moradores relataram ter obtido informações sobre a pesquisa.

3.6 Estudo Piloto

Previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com 10 domicílios, a fim de testar o instrumento e avaliar a ocorrência de possíveis inconsistências.

3.7 Instrumentos da pesquisa e coleta de dados

O instrumento de pesquisa compreendeu um formulário com questões relacionadas às características sociodemográficas – sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação e localização de trabalho (APÊNDICE A). Foi utilizado o formulário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁴⁹ - Módulo J – para as questões referentes ao estado de saúde e utilização dos serviços de saúde (ANEXO B).

A aplicação do formulário WHOQOL-Bref (ANEXO C), que fornece um perfil da qualidade de vida. Esse instrumento é constituído por 26 questões, as duas primeiras questões são gerais e analisadas separadamente, a primeira questão (Q1) revela a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e a segunda a satisfação do indivíduo com a própria saúde (Q2). As demais questões estão distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Social e Meio Ambiente. As questões do WHOQOL-Bref são pontuadas por escalas de cinco respostas do tipo Likert de intensidade (1- nada, 2- muito pouco, 3-mais ou menos, 4-bastante, 5 - extremamente); de capacidade (1-nada, 2-muito pouco, 3-médio, 4 - muito, 5-completamente); de frequência (1- nunca; 2- algumas vezes; 3 – freqüentemente, 4 -sempre) e de avaliação (1 - muito insatisfeito, 2–insatisfeito, 3 –nem satisfeito nem insatisfeito, 4-satisfeito, 5- muito satisfeito; ou 1- muito ruim, 2-ruim, 3–nem ruim nem bom, 4-bom, 5-muito bom)⁵⁷.

No domínio físico, as facetas estão relacionadas: Q3 - dor física e ao desconforto, Q4-dependência de medicação/tratamento, Q10- energia e fadiga, Q15-mobilidade, Q16 - sono e repouso, Q17- atividades da vida cotidiana e Q18-capacidade para o trabalho. No domínio psicológico estão incluídos: Q5-sentimentos positivos, Q26 – sentimentos negativos, Q6- espiritualidade/religião\crenças pessoais, Q7 - aprendizado/memória/concentração, Q11 - aceitação da imagem corporal e aparência e Q19- autoestima. Nas relações sociais os aspectos: Q20-relações pessoais, Q21-atividade sexual e Q22 - suporte/apoio social. O domínio meio ambiente contém as questões: Q8 - segurança física e proteção, Q9-ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), Q12-recursos financeiros, Q13- novas informações/habilidades, Q14- recreação e lazer, Q23-ambiente no lar, Q24-cuidados de saúde e Q25- transporte.

3.8 Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS (versão 22.0 para Windows, IBM Corp., Armonk, NY, USA). Foi realizada a análise descritiva dos dados que correspondeu ao cálculo de frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas, e as medidas de tendência central e de variabilidade, para variáveis quantitativas.

Para o artigo 1, Características sociodemográficas e qualidade de vida em quilombolas no nordeste brasileiro, o teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para avaliar a normalidade da variável quantitativa dependente – QV. Como a distribuição dos dados foi não paramétrica, adotou-se teste de comparação não paramétrico U de Mann-Whitney, para avaliar diferenças entre a QV e as variáveis escolaridade, situação conjugal, autopercepção de saúde, doença crônica, física ou mental, procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde e dengue. O nível de significância adotado foi de 5%.

Para o artigo 2, Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em adultos quilombolas empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, para identificar possíveis associações entre a variável dependente – autopercepção de saúde dos quilombolas – e as características sociodemográficas, perfil de saúde e padrão de utilização dos serviços de saúde. As variáveis com um p-valor < 0,20 foram incluídas na análise de Regressão de Poisson com variância robusta. A medida de associação foi demonstrada como RP (Razão de Prevalência) e intervalos de confiança (95%). O nível de significância adotado foi de 5%.

3.9 Aspectos éticos

O presente estudo foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovado pelo parecer nº 3.401.241 (ANEXO D), seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁶⁶. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E).

4 RESULTADOS

ARTIGO 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS QUILOMBOLAS NO NORDESTE BRASILEIRO

Sociodemographic Characteristics and Quality of Life in Quilombolas in Northeast Brazil

Josielma da Silva Fernandes (<https://orcid.org/0000-0001-6674-991>)¹

Isla Camilla Carvalho Laureano (<https://orcid.org/0000-0002-6621-1834>)²

Alessandro Leite Cavalcanti (<https://orcid.org/0000-0003-3572-3332>)³

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e de saúde que influenciaram na avaliação da qualidade de vida (QV) dos quilombolas. Tratou-se de um estudo de campo, transversal e quantitativo. Foram coletados dados sociodemográficos, de saúde e do questionário WHOQOL-Bref. Realizou-se a análise descritiva e teste *U Mann-Whitney*. Observou-se predominância de mulheres, a faixa etária 30 a 39 anos, a escolaridade ≤ 8 anos e agricultores. Apresentou diferença significativa a escolaridade no domínio físico; a situação conjugal no domínio das relações sociais; a autopercepção de saúde nos domínios físico, psicológico e meio ambiente; o diagnóstico de doença crônica nos domínios físico e psicológico; a procura por algum serviço serviços de saúde nos domínios físicos e psicológico; e ter tido dengue no domínio meio ambiente. Assim, evidenciou-se que os quilombolas com maior escolaridade, situação conjugal com companheiro, ausência de doenças crônicas, não procurar um serviços de saúde e não ter tido dengue demonstraram uma melhor avaliação da QV enquanto a autopercepção negativa do estado de saúde esteve relacionada a uma pior avaliação da QV. Deste modo, evidenciando que a QV reflete as condições sociodemográficas e de saúde desta população.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Grupos Étnicos, Saúde Pública

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze the sociodemographic and health factors that influenced the evaluation of the quilombola's quality of life (QOL). It was a field study, transversal and quantitative. Sociodemographic, health and WHOQOL-Bref questionnaire data were collected. Descriptive analysis and U Mann-Whitney test were performed. There was a predominance of women, aged 30 to 39 years, education ≤ 8 years and farmers. As for QOL, the Physical domain had the highest median and the environment domain the lowest median. There was a significant difference in schooling in the physical domain; the marital situation in the field of social relations; self-perceived health in the physical, psychological and environmental domains; the diagnosis of chronic disease in the physical and psychological domains; the search for some service health services in the physical and psychological domains; and having had dengue in the environment domain. Thus, it became evident that quilombolas with schooling > 8 years, marital status with a partner, absence of chronic diseases, not seeking health services and not having dengue presented a better assessment of QOL while the negative self-perception of health related to a worse assessment of QOL. Thus, showing that QOL reflects the socio-demographic and health conditions of this population.

Keyword: Quality of life, Ethnic Groups, Public Health

Resumen: El objetivo de este estudio fue analizar los factores sociodemográficos y de salud que influyeron en la evaluación de la calidad de vida (CV) de los quilombolas. Fue un estudio de campo, transversal y cuantitativo. Se recogieron datos sociodemográficos, sanitarios y del cuestionario WHOQOL-Bref. Se realizó análisis descriptivo y prueba de U Mann-Whitney. Hubo predominio de mujeres, de 30 a 39 años, educación ≤ 8 años y agricultores. Hubo una diferencia significativa en la escolaridad en el dominio físico; la situación marital en el ámbito de las relaciones sociales; salud autopercebida en los dominios físico, psicológico y ambiental; el diagnóstico de enfermedades crónicas en los dominios físico y psicológico; la búsqueda de algunos servicios de salud en el ámbito físico y psicológico; y haber tenido dengue en el dominio ambiental. Así, se hizo evidente que los quilombolas con escolaridad > 8 años, estado civil con pareja, ausencia de enfermedades crónicas, no buscar servicios de salud y no tener dengue presentaron una mejor valoración de CV mientras que la autopercepción negativa del estado de salud fue relacionado con una peor evaluación de la calidad de vida. De esta forma, se demuestra que la CV refleja las condiciones sociodemográficas y de salud de esta población.

Palabra clave: Calidad de vida, Grupos étnicos, Salud pública

INTRODUÇÃO

É crescente em diversas áreas do conhecimento a relevância de estudos relacionados à Qualidade de Vida (QV) em diferentes populações, dentre elas, as populações quilombolas, cuja condição de vida se configura em vulnerabilidade. As pesquisas sobre a QV podem favorecer o planejamento, organização dos serviços de saúde e implementação de ações a partir do contexto populacional observado (PAIVA, 2016).

As definições e as medidas de avaliação da QV vêm se expandindo a partir de uma abordagem multidimensional, considerando a percepção do indivíduo em relação à própria vida (TORALES, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995).

Assim, desenvolveu um instrumento com o objetivo de avaliar o perfil da QV em diferentes culturas e populações, com aspecto transcultural e internacional (GROUP, 1998), nomeado WHOQOL Bref (WHOQOL GROUP, 1998) - Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde composto por vinte e seis questões e quatro domínios: físico, psicológico, relações social e meio ambiente.

Os quilombos se caracterizavam como locais que abrigavam escravos que resistiam ao processo de escravidão (ALMEIDA, 2019). Atualmente, consideram-se Comunidade Remanescente de Quilombo (CRQ) ou Comunidade Quilombola os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição da comunidade, com relações territoriais específicas, com

presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003). No Brasil existem 3.386 CRQ certificadas pela Fundação Cultural Palmares, 2.169 na região nordeste, sendo 42 no estado da Paraíba, entre elas, a CRQ Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande-PB, certificada em 05 de maio de 2005 (FUNDAÇÃO PALMARES, 2020). Ressalta-se que as situações de vulnerabilidade nas CRQ têm relação com a forma como foi abolida e vivenciada a escravidão no Brasil determinando forte influência na QV dos quilombolas (ALCÂNTARA, 2018) e a localização predominantemente rural, onde as condições de saúde geralmente são mais precárias devido às limitações de acesso e à falta de qualidade nos serviços (FREITAS, 2018).

As comunidades quilombolas foram tardiamente assistidas pelas políticas públicas de assistência a saúde e apresentam modo de vida e características organizacionais que influenciam na QV (ALCÂNTARA, 2018). Os estudos apontam que a QV dos quilombolas foi impactada pelas condições econômicas (SANTOS, 2016), de saúde (SANTOS, 2014) e higiênico-sanitárias (SILVA, 2007). Porém, as pesquisas que visam avaliar a QV dos quilombolas e fatores associados ainda são escassas.

Avaliação da QV e o conhecimento do perfil sociodemográfico das CRQ buscam fornecer informações, para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações das políticas públicas, para atender às demandas peculiares que visam à melhoria da QV das CRQ (CHECHUEN, 2015; FREITAS, 2018). Por isso, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores sociodemográficos e de saúde que influenciam na percepção da QV dos quilombolas.

MÉTODOS

Caracterização do estudo

Tratou-se de um estudo de campo, transversal, indutivo e quantitativo, realizada na CRQ Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. O município de Alagoa Grande a 111 quilômetros de distância da capital João Pessoa, as características populacionais mostram um total de 28.479 habitantes, densidade demográfica 88,84 hab/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,582 (BRASIL, 2011).

População e Amostra

Para a população e cálculo da amostra foram considerados os domicílios do cadastro da Agente Comunitária de Saúde (ACS), a seleção da amostra foi do tipo probabilístico simples, por meio de sorteio do número do registro do domicílio. De um total de 110

domicílios cadastrados, a amostra foi composta por 85 domicílios.

Para o cálculo do tamanho amostral ajustado para população finita, foram considerados os seguintes parâmetros (LOPES, 2013) prevalência de 50% para o desfecho desconhecido, erro amostral de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

Crítérios de Elegibilidade

Constituíram critérios de inclusão os domicílios cadastrados na ESF e os quilombolas com idade superior a 18 anos. Foram excluídos os indivíduos que não se autodeclararam quilombolas e os moradores que não estavam presentes no dia da visita, após três tentativas subsequentes em turnos e dias diferentes da primeira visita.

Coleta de Dados

O instrumento de pesquisa compreendeu um formulário com questões relacionadas às características sociodemográficas – sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação e localização de trabalho. Foi utilizado o formulário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) - 2013 - Módulo J – Condição de saúde e utilização dos serviços para as questões referentes à saúde – autopercepção de saúde, doença crônica, física ou mental diagnosticadas pelo médico, procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde, e ocorrência de dengue.

O questionário WHOQOL-Bref, fornece um perfil da qualidade de vida, é constituído por 26 questões, as duas primeiras questões são gerais e analisadas separadamente, a primeira revela a (Q1) percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e a segunda a (Q2) satisfação do indivíduo com a própria saúde. As demais questões estão distribuídas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Social e Meio Ambiente. As questões do WHOQOL-Bref são pontuadas por escalas de cinco respostas do tipo Likert de intensidade (1- nada, 2- muito pouco, 3-mais ou menos, 4-bastante, 5 - extremamente); de capacidade (1-nada, 2- muito pouco, 3-médio, 4 - muito, 5- completamente); de frequência (1- nunca; 2- algumas vezes; 3 – freqüentemente, 4 -sempre) e de avaliação (1 - muito insatisfeito, 2–insatisfeito, 3 –nem satisfeito nem insatisfeito, 4- satisfeito, 5- muito satisfeito; ou 1- muito ruim, 2-ruim, 3–nem ruim nem bom, 4-bom, 5- muito bom) (FLECK,2000).

No domínio físico, as facetas estão relacionadas: Q3 - dor física e ao desconforto, Q4- dependência de medicação/tratamento, Q10- energia e fadiga, Q15-mobilidade, Q16 - sono e repouso, Q17- atividades da vida cotidiana e Q18-capacidade para o trabalho. No domínio psicológico estão incluídos: Q5-sentimentos positivos, Q26 – sentimentos negativos, Q6- espiritualidade/religião\crenças pessoais, Q7 - aprendizado/memória/concentração, Q11 -

aceitação da imagem corporal e aparência e Q19- autoestima. Nas relações sociais os aspectos: Q20-relações pessoais, Q21-atividade sexual e Q22 - suporte/apoio social. O domínio meio ambiente contém as questões: Q8 - segurança física e proteção, Q9-ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima), Q12-recursos financeiros, Q13- novas informações/habilidades, Q14- recreação e lazer, Q23-ambiente no lar, Q24-cuidados de saúde e Q25- transporte (FLECK, 2000).

Para o cálculo dos domínios de QV foram identificados os elementos que estavam fora do intervalo 1-5; posteriormente os valores das questões 3, 4 e 26 foram invertidos conforme instrução; em seguida foi realizado o cálculo dos domínios físico, psicológico, relação social e meio ambiente. Dessa forma, os escores de cada domínio foram graduados em uma escala de 4 a 20, e posteriormente transformados para uma escala de 0 a 100. Os escores do domínio mais altos indicam melhor qualidade de vida (GROUP, 1998).

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS (versão 22.0 para Windows, IBM Corp. Armonk, NY, USA). A análise estatística descritiva correspondeu ao cálculo de frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas, e de medidas de tendência central e de variabilidade, para as variáveis quantitativas. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi usado, para verificar a normalidade da variável quantitativa dependente. Como a distribuição dos dados foi não paramétrica, adotou-se teste de comparação não paramétrico *U de Mann-Whitney*. O nível de significância adotado foi de 5%.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovado pelo nº 3.401.241, seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram selecionados 85 domicílios, dos quais foram excluídos os que não se autodeclararam quilombolas, ocorreu perda dos domicílios onde os moradores encontravam-se em residência temporária na zona urbana, não foram encontrados após três visitas,

perfazendo um total de 74 domicílios (87,1%), totalizando 154 moradores com idades acima de 18 anos, sendo realizada a entrevista quilombolas (78,6%).

O tempo médio para responder o questionário WHOQOL-Bref foi de $10,0 \pm 3,2$ minutos, mediana de 10 minutos, mínimo de 5 minutos e máximo de 19 minutos.

Verificou-se maioria de mulheres, faixa etária entre 30 e 39 anos, a idade mínima de 19 anos e máxima de 92 anos, indivíduos negros ou pardos. Predomínio de quilombolas com escolaridade ≤ 8 anos de estudo, com companheiro, com a profissão de agricultor, com a situação de trabalho declarada que estavam trabalhando e em localização de trabalho rural (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos quilombolas. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	86	55,8
Masculino	68	44,2
Faixa etária		
19-29	31	20,1
30-39	33	21,4
40-49	31	20,1
50-59	23	14,9
60-69	14	9,1
70 ou mais	22	14,3
Escolaridade		
≤ 8 anos de estudo	114	74,0
>8 anos de estudo	40	26,0
Situação conjugal		
Sem companheiro	49	31,8
Com companheiro	105	68,2
Profissão		
Agricultor	132	85,7
Estudante	3	1,9
Servidor público	3	1,9
Técnica agrícola	1	0,6
Construção civil	10	6,5
Auxiliar de serviços gerais	2	1,3
Doméstica	3	1,9
Situação de trabalho		
Trabalha	104	68,9
Está sem trabalho	23	15,2
Aposentado	24	15,9
Localização do trabalho		
Urbano	10	9,6
Rural	94	90,4

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Com relação às variáveis de condição de saúde e utilização dos serviços, os quilombolas referiu sua autopercepção de saúde como “muito bom/bom”, com diagnóstico médico de doença crônica, física ou mental e a maioria deles não procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde, quanto à dengue, a maioria não teve diagnóstico (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis de condição de saúde dos quilombolas. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	N	%
Condição de saúde		
Muito Bom/bom	93	60,4
Regular/ruim/muito ruim	61	39,6
Doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico		
Sim	66	42,9
Não	88	57,1
Procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde		
Sim	48	31,2
Não	106	68,8
Teve dengue		
Sim	32	20,8
Não	122	79,2

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Os quilombolas descreveram sua percepção da QV como “muito boa” (47,1%), seguido de “boa” (38,8%). No que tange à própria saúde, 43,0% declararam-se “muito satisfeito”, enquanto 5,0% alegaram estar “insatisfeito” com a condição de saúde (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos quilombolas segundo as questões do WHOQOL-Bref de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Questões	N	%
Como você avaliaria sua qualidade de vida		
Muito ruim	0	0,0
Ruim	0	0,0
Nem ruim nem boa	17	14,1
Boa	47	38,8
Muito boa	57	47,1
Quão satisfeito você está com sua saúde		
Muito insatisfeito	0	0,0
Insatisfeito	6	5,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	13	10,7
Satisfeito	50	41,3
Muito satisfeito	52	43,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Em relação aos valores dos domínios do WHOQOL-Bref, o domínio que obteve a maior mediana foi o domínio físico ($M_d = 85,71$). O domínio meio ambiente foi o que apresentou o pior valor de QV ($M_d = 68,75$) (Tabela 4).

Tabela 4. Mediana e intervalo interquartil dos domínios de QV dos quilombolas. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

WHOQOL-Bref	Mediana	IQR ₂₅₋₇₅
Domínios		
Físico	85,71	67,86-92,86
Psicológico	83,33	75,00-87,50
Relações Sociais	83,33	75,00-91,67
Meio ambiente	68,75	62,50-75,00

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Foi encontrada diferença significativa entre a escolaridade no domínio físico ($p=0,038$), em que os quilombolas com maior escolaridade se perceberam com uma QV mais

elevada quando comparados com os quilombolas com menor escolaridade. Quando comparados os domínios com a situação conjugal dos quilombolas, significativa no domínio relações sociais ($p=0,029$), os quilombolas com companheiro percebem melhor a QV. Já entre a autopercepção de saúde muito bom/bom e regular/ruim/muito ruim, evidenciou-se diferenças significativas nos domínios físico ($p=0,001$), psicológico ($p=0,001$) e meio ambiente ($p=0,043$), em que os quilombolas que relataram uma condição regular/ruim/muito ruim tiveram uma pior avaliação da QV (Tabela 5).

Entre a presença e a ausência de doença crônica, física ou mental, foram encontradas diferenças significativas nos domínios físico ($p=0,001$) e psicológico ($p=0,013$), em que os quilombolas sem o diagnóstico apresentaram uma QV mais elevada. Ao realizar comparação entre procurar ou não por algum serviço ou profissional de saúde, observou-se diferenças significativas nos domínios físico ($p=0,002$) e psicológico ($p=0,036$), no qual indivíduos que não procuraram relataram uma QV melhor. E, entre já ter tido dengue ou não, foi possível identificar diferença significativa no domínio meio ambiente ($p=0,006$), em que indivíduos que não tiveram dengue apresentaram uma melhor percepção da sua QV (Tabela 5).

Tabela 5. Medianas dos escores dos domínios do WHOQOL-breve intervalo interquartilico, pela escolaridade, pela situação conjugal, pela autopercepção de saúde, pela doença crônica, física ou mental, pela procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde e pela dengue em quilombolas. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	Escolaridade					Situação Conjugal					Autopercepção de Saúde				
	≤ 8 anos		>8 anos		p-valor	Sem companheiro		Com companheiro		p-valor	Muitobom/bom		Regular/ruim/muito ruim		p-valor
Domínios	M	IIQ	M	IIQ		M	IIQ	M	IIQ		M	IIQ	M	IIQ	
Físico	78,57	67,86-89,28	85,71	78,57-96,43	0,038	85,71	74,11-96,43	82,14	64,29-92,86	0,259	89,29	82,14-98,21	69,64	53,57-81,25	0,001
Psicológico	83,33	75,00-87,50	83,33	79,17-87,50	0,091	83,33	79,17-88,54	83,33	75,00-87,50	0,071	83,33	79,17-89,58	79,17	70,83-83,33	0,001
Relações Sociais	83,33	75,00-91,67	83,33	75,00-91,67	0,556	83,33	75,00-83,33	83,33	75,00-91,67	0,029	83,33	75,00-91,67	83,33	75,00-91,67	0,388
Meio ambiente	68,75	62,50-75,00	68,75	62,50-78,12	0,573	70,31	62,50-78,91	68,75	59,37-71,87	0,089	68,75	62,50-78,13	68,75	60,16-71,87	0,043

Variáveis	Doença Crônica, Física ou Mental					Procura por Algum Serviço ou Profissional de Saúde					Dengue				
	Sim		Não		p-valor	Sim		Não		p-valor	Sim		Não		p-valor
Domínios	M	IIQ	M	IIQ		M	IIQ	M	IIQ		M	IIQ	M	IIQ	
Físico	71,43	57,14-85,71	89,29	78,57-96,43	0,001	73,21	63,39-89,29	85,71	75,00-96,43	0,002	82,14	67,86-89,29	85,71	67,86-96,43	0,350
Psicológico	79,17	75,00-83,33	83,33	79,17-87,50	0,013	79,17	75,00-83,33	83,33	79,17-91,67	0,036	83,33	75,00-87,50	83,33	75,00-87,50	0,637
Relações Sociais	83,33	83,33-91,67	83,33	75,00-91,67	0,108	83,33	75,00-91,67	83,33	75,00-91,67	0,460	83,33	75,00-91,67	83,33	75,00-91,67	0,992
Meio ambiente	68,75	62,50-75,00	68,75	62,50-75,00	0,387	68,75	59,37-75,78	68,75	62,50-75,00	0,712	62,50	59,37-71,87	68,75	65,62-75,00	0,006

Nota: M: Mediana; IIQ: Intervalo Interquartilico 25-75; Teste de U de Mann-Whitney; *p<0,05.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa evidenciou que os quilombolas com maior escolaridade, situação conjugal com companheiro, ausência de doenças crônicas, não procurar um serviços de saúde e não ter tido dengue demonstraram uma melhor avaliação da QV enquanto a autopercepção negativa do estado de saúde esteve relacionada a uma pior avaliação da QV.

As características sociodemográficas da CRQ Caiana dos Crioulos têm semelhança com resultados de outros estudos em CRQ como o predomínio de mulheres (OLIVEIRA, 2016; PAULI, 2019; TEIXEIRA, 2019; SANTOS, 2019; FERNANDES, 2019). Essa característica pode ser atribuída às migrações dos homens para os centros urbanos em busca de trabalho (AMORIN, 2013), visando à obtenção de melhores condições de vida (SILVA, 2007).

Quanto à idade, os quilombolas encontravam-se na faixa etária de 30-39 anos. Observaram-se variações com outros estudos em CRQ, com prevalência de faixa etária maior e menor, grupo etário < de 40 anos em CRQ de Minas Gerais e da Bahia (OLIVEIRA, 2016; TEIXEIRA, 2019), e na faixa etária entre 18-29 anos em CRQ do Pará (FREITAS, 2018; SARDINHA, 2019).

Destaca-se a baixa frequência de octogenários e nonagenários comparados aos sexagenários e septuagenários entre os idosos quilombolas em agrovilas no Maranhão (SARDINHA, 2019), sendo assim considerados idosos jovens. Em Caiana dos Criolos, foi observado um percentual maior na faixa etária acima de 70 anos quando comparados na faixa etária de 60-70 anos, portanto, um menor percentual dos considerados idosos jovem.

Na população quilombola, e na CRQ Caiana dos Criolos, a predominância da autodeclaração da cor negra/preta pode estar relacionada à ancestralidade africana dos quilombolas (OLIVEIRA,2016; FREITAS,2018; TEIXEIRA,2019).

Os dados evidenciam as seguintes características, assim como em outros estudos com quilombolas, a baixa escolaridade, destacando-se o ensino fundamental incompleto (FREITAS, 2018; SANTOS, 2019; FERNANDES,2019; TORALES,2015), a situação conjugal com companheiro (OLIVEIRA, 2016; TORALES, 2015; PAULLI, 2019) e maioria com a profissão de agricultor (FERNANDES,2019).

Em relação à baixa escolaridade nas comunidades quilombolas, considera-se o fato da localização rural, onde a distância geográfica até zona urbana é considerada um dos fatores que dificultam o acesso e a permanência na educação formal (BORTOLOTTI, 2018; VELTEN, 2013). Quanto à prevalência da situação conjugal com companheiro, poderá ser analisada pelo fato de que muitas vezes, os quilombolas estabelecem casamentos entre si,

conforme descrito em um estudo que analisou a ocorrência da Anemia Falciforme na população quilombola (MENESES, 2015).

A predominância de agricultores no estudo (85,7%), possivelmente está relacionada ao impacto da baixa escolaridade, que reflete em menor oportunidade de trabalho, se restringindo comumente na agricultura de subsistência (FERNANDES, 2019). Embora também se registre nas comunidades quilombolas, em uma mesma família atividades de trabalho agrícolas e não agrícolas, configurando uma alternativa para geração de renda, em busca de uma melhor QV quilombola (TORALES, 2018). Ressaltamos essa situação em Caiana dos Crioulos, ao detectar que 9,6% dos quilombolas têm a localização do trabalho na zona urbana e que os quilombolas ausentes no momento da coleta, estavam desenvolvendo suas atividades laborais fora do domicílio, em cidades vizinhas ou em outros Estados.

Enquanto, a predominância da localização de trabalhos dos quilombolas na área rural trabalho (90,4%), também poderá ser analisada ainda como reflexo das condições de vida após a escravidão, devido à relação dos quilombos com atividades ligadas com a terra, levando-os a permanecer em atividades predominantemente rurais, Entre as variáveis de condição de saúde, a autopercepção de saúde foi declarada pela maioria quilombolas como “muito bom/bom” (60,4%), esse resultado pode estar baseado na concepção de saúde apenas como ausência de doenças. Conforme reportado (OLIVEIRA, 2015; KOCHERGIN, 2014) para as comunidades quilombolas o conceito de saúde ainda está muito ligado a ausência de doenças, especialmente das doenças crônicas, limitante das atividades. Esse achado pode ser corroborado pelo fato de que 57,1% dos quilombolas deste estudo não relataram possuir diagnóstico de doenças crônicas, física ou mental diagnosticada pelo médico.

Os quilombolas avaliaram a QV geral como “muito boa” (47,1%), enquanto nenhum dos quilombolas avaliou como “ruim” ou “muito ruim”, porém diante das diversas dificuldades vivenciadas nas comunidades quilombolas, tais como a precária infraestrutura, condição de saúde e vulnerabilidade social (TORALES, 2018), considera-se importante contextualizar e identificar os fatores mais relevantes na avaliação da QV dessa população.

A satisfação com saúde foi ponderada pela maioria dos quilombolas como “muito boa” (47,1%), não existindo relatos de “ruim” ou muito ruim”, ainda que os fatores que compõe a saúde tenham sido observados desfavoráveis anteriormente em Caiana dos Crioulos, a exemplo de uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias (SILVA, 2007).

Dentre os quatro domínios analisados, o domínio meio ambiente foi identificado com o menor escore de percepção da QV, este resultado converge com estudos em populações quilombolas (SANTOS, 2016; SARDINHA, 2019; TORALES, 2018) e em outras populações

(MASCARENHAS, 2013; ALMEIDA-BRASIL, 2017), que evidenciam a vulnerabilidade como fator que influencia na percepção negativa da QV no domínio meio ambiente.

A pior percepção da QV no domínio meio ambiente pelos quilombolas pode apontar as situações de vulnerabilidades vivenciadas, pelas condições de moradia, atividades laborais rurais, observadas no perfil das CRQ na atual sociedade (ALMEIDA, 2019), além da carência no que se refere às condições de transporte, acesso a informações em geral e de lazer (TORALES, 2018) e as situações relacionadas à inexistência de saneamento básico, à qualidade inadequada de higiene, à ausência de acesso à água potável (FERNANDES, 2019) e a renda familiar insuficiente (FREITAS, 2018).

O maior escore de QV foi percebido no domínio físico, e em outras populações, esse resultado foi justificado pela relação das condições físicas para as atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho (MASCARENHAS, 2013; BOMBARDELLI, 2017; SARDINHA, 2019). Assim, em Caiana dos Crioulos, pode se justificar pelo percentual de 68,9% dos quilombolas que se encontravam trabalhando, sobretudo na agricultura, que exige a necessidade de boas condições físicas. Enquanto, estudo com quilombola em Tocantins, o domínio Físico se apresentou com o menor escore de QV entre os domínios, os autores remetem à influência das respostas nas questões relacionadas à dor, desconforto, energia e fadiga (ALCÂNTARA, 2018).

Os resultados observados nos domínios físico e ambiental, em Caiana dos Crioulos, foram semelhantes na avaliação da QV em refugiados africanos no Brasil, no qual se ressaltou que a situação de refugiados provoca maior vulnerabilidade social, pouca integração na sociedade, marginalização, discriminação racial e baixa condições financeiras que afetam a QV (HORTA, 2019). Esses fatores podem estar presentes na CRQ Caiana dos Crioulos, considerando que essas populações têm em comum as características de ancestralidade africanas e refugiadas, pois historicamente a formação dos quilombos ocorreu como condição de refúgio para os africanos (FERNANDES, 2019).

As percepções da QV nos domínios das relações sociais e psicológicas apresentaram escores iguais. No domínio das relações sociais, a localização rural da CRQ Caiana dos Crioulos, pode indicar a possibilidade de fortalecimento das relações sociais. Estudo em idosos rurais do Rio Grande do Sul, com a melhor percepção da QV no domínio das relações sociais, sugere que o ritmo de vida diferenciado da zona rural permite manter as relações sociais, pois os moradores têm contato com menor número de pessoas, possibilitando maior integração social (BOMBARDELLI, 2017). Outros autores avaliam que nas CRQ o apoio e suporte social estão fortalecidos pelos laços culturais e organização social marcada pelo parentesco (SARDINHA, 2019; SANTOS, 2016; TORALES, 2018).

Em relação à escolaridade, na CRQ Caiana dos Criolos, os quilombolas com escolaridade maior que oito anos apresentaram uma melhor percepção na QV no domínio físico, em comparação com aqueles com escolaridade menor que oito anos. Esta comparação realizada em estudo (ALMEIDA-BRASIL, 2017) relata que os indivíduos com menos de oito anos de estudo apresentaram uma pior percepção na QV nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Em outro estudo, quilombolas com nível de escolaridade maior demonstrou melhor percepção da qualidade de vida no domínio físico e psicológico. Os resultados ressaltam que a educação desempenha um papel importante na manutenção da saúde e qualidade de vida, independente da cultura e grupos populacionais (TORALES, 2018).

Os quilombolas com companheiros apresentaram melhor percepção da QV no domínio das relações sociais do que os quilombolas sem companheiros. A situação conjugal demonstrada em estudos anteriores (MASCARENHAS, 2013; ALMEIDA-BRASIL, 2017) observaram que os adultos sem união estável apresentaram maior comprometimento negativo da QV no domínio relações sociais, sendo justificado pela concepção de que uma situação conjugal estável constitui-se em importante apoio social, gera espaços para relações interpessoais, assim como permite viver a sexualidade de maneira mais estável. Enquanto outro estudo com quilombolas mostra que a situação conjugal dos quilombolas participantes da pesquisa não interfere na qualidade de vida (MASCARENHAS, 2013). Em Caiana dos Criolos, a situação conjugal com companheiro, pode favorecer um maior suporte social e da sexualidade implicando autopercepção positiva de QV dos quilombolas com companheiros no domínio das relações sociais.

Os quilombolas que relataram uma condição de saúde regular\ruim\muito ruim tiveram uma pior percepção da QV nos domínios físico, psicológico e do meio ambiente. E ser explicada na dimensão biológica pela presença de doenças; no domínio psicológico ser entendido pelas alterações dos processos mentais gerados pela doença e no domínio do meio ambiente pela condição de vulnerabilidade em saúde (MASCARENHAS, 2013).

Foi verificado nesta pesquisa que os quilombolas sem diagnósticos de doenças crônicas apresentaram melhor percepção da QV nos domínios físico e psicológico. Em adultos a presença de doenças crônicas também esteve associada a uma pior QV nos domínios físico e psicológico (ALMEIDA-BRASIL, 2013). No domínio físico, esse resultado foi justificado pelos sintomas físicos provocados pelas doenças crônicas, impossibilitando a realização das atividades diárias e para o trabalho, da mesma forma, as limitações impostas pelas doenças crônicas afetam a saúde mental impactando significativamente na QV no domínio psicológico (OLIVEIRA, 2016).

Os quilombolas que não procuraram serviços/profissionais de saúde apresentaram

melhor percepção de QV no domínio físico e no domínio psicológico. O perfil na utilização dos serviços de saúde pode estar relacionado ao aspecto de prevenção ou de tratamento de doenças, sendo observado que a maioria procura o serviço de saúde para consultas de rotina, tratamento de dor e realização de exames (ALCÂNTARA, 2018). Esse achado pode indicar que nas CRQ a procura por atendimento de saúde ocorre na perspectiva do modelo biomédico da saúde, baseada na assistência pontual e curativista com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença (MARQUES, 2014).

Os quilombolas que não tiveram dengue apresentaram uma melhor percepção da QV no domínio meio ambiente. Sabe-se que as condições ambientais são determinantes para algumas morbidades, entre elas, a dengue, pois propiciam a cadeia de desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti*. Nas CRQ as condições sanitárias são precárias, os moradores não têm acesso aos serviços de coleta de lixo e de armazenamento e consumo de água, fatores importantes na prevenção da dengue e na melhoria da QV (SANTOS, 2019).

Deste modo, verificou-se que fatores sociodemográficos e de saúde influenciaram na percepção da QV dos quilombolas, evidenciando que a QV reflete, principalmente, as condições sociodemográficas e de saúde desta população.

Dentre as limitações presentes neste estudo, citamos a dificuldade de interpretação dos participantes para Escala de Likert no WHOQOL- Bref destacamos ainda a escassez de pesquisas utilizando o WHOQOL-Bref em comunidades quilombolas para uma análise comparativa diante das peculiaridades socioeconômicas e culturais destas comunidades.

Aspectos não metodológicos também são importantes de serem ressaltados como no caso das dificuldades operacionais, a exemplo da dificuldade de acesso até a comunidade devido à precária condição da rodovia, além da disposição dos domicílios distantes entre si, a falta de pavimentação e os desníveis das vias na comunidade que só permitiam locomoção de pedestres, especialmente nos dias chuvosos.

Contudo, apesar das limitações e escassez, ressaltamos que as pesquisas direcionadas para as condições da QV na população quilombola, tornam-se relevantes para subsidiar reivindicações para a promoção de condições socioeconômicas e de saúde que promovam melhor qualidade de vida nesta população.

Financiamento

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

REFERÊNCIAS

1. ALCÂNTARA, S.; SILVA, M; Peixoto, F.; AFFONSO, F.; ADAMI, F. Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 28, n. 2, p. 9-15, 2018.
2. ALMEIDA, C.; SANTOS, A.; VILELA, A.; CASOTTI, C. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019.
3. ALMEIDA-BRASIL, C.; SILVEIRA, M.; SILVA, K.; LIMA, M.; FARIA C.; CARDOSO, C.; CECCATO, M. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017.
4. AMORIM, MM.; TOMAZI, L.; SILVA, R.; SOUZA, GR.; FIGUEIREDO, T. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão. **Bioscience journal**, v. 29, n. 4, 2013.
5. BOMBARDELLI, C.; ROSA, L.; KELLER, K.; SILVA, K.; ROSA, P.; PERES, A. Qualidade de vida de idosos residentes em município com características rurais do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 88-94, 2017.
6. BORTOLOTTO, C.; MOLA, C.; TOVO-RODRIGUES, L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, 4s, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00349102018000200501&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2020.
7. BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=4887&ano=2003&ato=d43MTVE5EeRpWTf21>. Acesso em: 21 nov. 2018.
8. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13 mar. 2020.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.
10. CHEHUEN, N.; FONSECA, G.; BRUM, I.; SANTOS J.; RODRIGUES, T.; PAULINO, K.; FERREIRA, R. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015.
11. FERNANDES, J.; THAYSSA, A.; RENATA, C.; LÍVIA, S.; BERNARDO, R.; ALEXANDRO, G.; CHRISTIAN, N.; SILVANA, C.; BARBARA, V.; ANA, R.; ELBA, R. Seroprevalence of front-borne viruses in Afro-descendent communities in Brazil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v.61, n. 66, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v61/1678-9946-rimtsp-61-S1678-9946201961066.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.
12. FLECK, M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento

- abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.
13. FREITAS, I.; RODRIGUES, I.; SILVA I.; NOGUEIRA, L. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2187-200, 2018
 14. FUNDAÇÃO PALMARES (Brasil). Secretaria Especial da Cultura. **Conjuntos de dados abertos**: comunidades quilombolas certificadas. 2018. Elaborado pelo Departamento de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro. Disponível em: <http://dados.cultura.gov.br/dataset/comunidades-quilombolas-certificadas>. Acesso em: 12 mar. 2020.
 15. GROUP, The Whoqol. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social science & medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.
 16. HORTA, A.; CRUZ, M.; CARVALHO, G. Famílias refugiadas africanas: qualidade de vida, expectativas e necessidades em relação à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28,n.4, p. 113-123, 2019.
 17. KOCHERGIN,C. ; PROIETTI, F. ; CESAR, C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.7, p. 1487-1501, 2014.
 18. LOPES, M.; Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In:ROUQUAYROL,M.;SILVA,M. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, p. 121-132.
 19. MARQUES, A.; FREITAS, D.;LEAO, C.; OLIVEIRA, S.; PEREIRA, M.; CALDEIRA, A. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.2, p. 365-371, 2014.
 20. MASCARENHAS, C.;PRADO, F.;FERNANDES, M. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.
 21. MENESES, R.; ZENI, P.; OLIVEIRA, C.; MELO, C. Promoção de saúde em população quilombola nordestina-análise de intervenção educativa em anemia falciforme. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 132-139, 2015.
 22. OLIVEIRA, S.; CALDEIRA, A. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet.** [online]. 2016, vol.24, n.4, p.420-427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600040093>. Acesso em: 13 mar. 2019
 23. OLIVEIRA, S.; PEREIRA, M.; GUIMARÃES, A.; CALDEIRA, A. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.9 p. 2879-2890, 2015.
 24. PAIVA, M. PEGORARI, M.; NASCIMENTO, J.; SANTOS, A. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3347-3356, 2016.

25. PAULI, S.; BAIRROS, F.; NUNES, L.; NEUTZLING, M. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.9, p. 3293-3303, 2019.
26. SANTOS V.; BOERY E.; BOERY R.; ANJOS K. Condições de saúde e qualidade de vida de idoso negro quilombola. **Revista de Enfermagem**; v. 8, n 8, p. 2603-2610, 2014
27. SANTOS, D.; PRADO, B.; OLIVEIRA, C.; ALMEIDA-SANTOS, M. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em Comunidades Quilombolas do Estado de Sergipe, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 3, p. 383-390, 2019.
28. SANTOS.;BOERY,E.;PEREIRA,R.;ROSA,D.;VILELA,A;ANJOS,K.;BOERY, R. Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 2-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>. Acesso em: 13 mar. 2020.
29. SARDINHA, A.; ARAGÃO, F.; SILVA, C.; RODRIGUES, Z.; REIS, A.; VARGA, I. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, p.1-10, 2019.
30. SILVA, J. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007.
31. TEIXEIRA, E.;MUSSI, R.;PETROSKI, E.;MUNARO, H.;FIGUEIREDO, A. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 85-90, mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18024126012019>. Acesso em: 13 mar. 2020.
32. TORALES, A.; NASCIMENTO, A.; TEODORO, M.; VARGAS, M.; OLIVEIRA, C. Características familiares de quilombolas no nordeste brasileiro. **Ensaio e Ciência**, v. 19, n. 3,p.101-109, 2018
33. TORALES, A.; VARGAS, M.;CUNHA, O. Qualidade de vida e autoestima em comunidades quilombolas do nordeste-br: percepção e fatores associados. **Revista Relicário**, v. 5, n. 10, p. 128-149, 2015.
34. VELTEN, A.; MORAES, N.; OLIVEIRA, E.; MELCHORS, A.; SECCHIN, C.; LIMA, E. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v.15, n.1, p. 9-16, 2013.
35. WHOQOL GROUP et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.
36. WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE EM QUILOMBOLAS

Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em quilombolas Factors associated with negative self-rated health in quilombolas

Josielma da Silva Fernandes¹, Isla Camilla Carvalho Laureano², Alessandro Leite Cavalcanti¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campina Grande-PB, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campina Grande-PB, Brasil.

Autor correspondente:

Josielma da Silva Fernandes

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB, CEP 58429-50, Brasil. (83) 33445300. E-mail: josielma.fernandes@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A autoavaliação do estado de saúde é um indicador multidimensional da saúde e consiste na percepção que o indivíduo possui de sua própria saúde. Engloba componentes físicos e emocionais do indivíduo. **Objetivo:** Avaliar os fatores sociodemográfico e de saúde associados com a autopercepção negativa de saúde de quilombolas. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 154 participantes da comunidade quilombola Caiana dos Crioulos em Alagoa Grande, Paraíba. Foram coletadas informações referentes ao sexo, à faixa etária, à escolaridade, aos perfis de saúde e de utilização dos serviços de saúde, obtidos por meio do questionário módulo J, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. A análise estatística incluiu teste Qui-Quadrado de Pearson e regressão de Poisson com variância robusta ($p < 0,05$). **Resultados:** A amostra foi composta por mulheres (55,8%), com idades entre 30 e 39 anos (21,4%) e predomínio de indivíduos com escolaridade ≤ 8 anos de estudo (74,0%). Os quilombolas na faixa etária de 50-59 anos ($p = 0,049$), de 60-69 anos ($p = 0,041$) e de 70 anos ou mais ($p = 0,007$) e que procuraram por algum lugar, serviço ou profissional de saúde, apresentaram pior autopercepção de saúde. **Conclusões:** As faixas etárias elevadas e a procura dos serviços de saúde estiveram associadas com a pior autopercepção de saúde dos quilombolas.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: self-assessment of health status is a multidimensional indicator of health and consists of the perception that individuals have their own health, electronic and emotional components of the individual. **Objective:** To characterize the sociodemographic, health and utilization profiles of health services and to evaluate their association with the negative self-perceived health of quilombolas. **Methods:** Cross-sectional study, carried out in 74 households in the remaining community of Quilombo Caiana dos Crioulos in Alagoa Grande, Paraíba, Brazil. Information was collected regarding sex, age group, education, health profiles and health service use, obtained through the questionnaire module J, from the National Health Survey (PNS), 2013. The statistical analysis included a test Pearson's Chi-Square and Poisson regression with robust variance ($p < 0.05$). Results: The sample studied was composed mostly of women (55.8%), aged between 30 and 39 years (21.4%) and a predominance of individuals with schooling ≤ 8 years of study (74.0%). Quilombolas in the age group of 50-59 years ($p =$

0.049), 60-69 years ($p = 0.041$) and 70 years or more ($p = 0.007$) and who looked for somewhere, service or professional health, were more likely to have poorer self-perception of health. **Conclusions:** The age group and the use of health services were associated with a higher prevalence of poor self-perceived health among quilombolas. These findings may show a self-perceived health, in which the health dimension may be self-assessed by the absence of disease.

Keywords: Health assessment, African Continental Ancestry Group, Public Health.

INTRODUÇÃO

A definição de saúde apresenta-se em múltiplas dimensões¹ como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

Entre as formas de mensuração da condição de saúde, incluem-se as avaliações feitas pelos próprios indivíduos, ou pela morbidade referida, utilizando-se de diferentes indicadores, como a autoavaliação do estado de saúde, o número de sintomas ou de doenças crônicas relatadas, ou o número de dias em que o indivíduo apresentou restrição de suas atividades habituais por conta de doença².

Assim, a autoavaliação do estado de saúde é um indicador multidimensional da saúde e consiste na percepção que o indivíduo possui de sua própria saúde, englobam componentes físicos e emocionais do indivíduo, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida¹, experiências psicossociais e pelos contextos sociais e culturais³.

Por isso, vem sendo amplamente utilizada em diversos estudos, entre outras, com a finalidade de conhecer a situação de saúde da população⁴, estabelecer diferenças na morbidade entre subgrupos populacionais e comparar a necessidade por serviços de saúde e por recursos entre diferentes áreas geográficas¹.

A avaliação do estado de saúde foi empregada em inquéritos populacionais^{1,4}, em estudos com adolescentes⁵, adultos^{6,7}, idosos^{8,9} (DOS SANTOS, 2018; CARVALHO, 2012) diabéticos e hipertensos¹⁰, usuários dos serviços de saúde¹¹ e também em quilombolas^{3,12}. Os achados sugerem que fatores sociodemográfico e de saúde influenciam a percepção que os indivíduos têm de saúde e que a saúde⁹ envolve vários aspectos, tanto orgânicos como sociais, e que desse modo deve-se entender a saúde de forma ampliada.

Em relação à população quilombola, torna-se fundamental o conhecimento sobre a condição de saúde, por se tratar de um grupo em situação de vulnerabilidade social, principalmente em relação aos cuidados de saúde¹², decorrente de um processo histórico de escravidão, cujo reflexo está expresso em piores indicadores sociais e de saúde¹³. Estudo envolvendo quilombolas identificou que a autoavaliação de saúde se mostrou associada às dimensões socioeconômica, demográfica, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde³.

Consideram-se Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ), os grupos étnicos

raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica e relações territoriais com presunção de ancestralidade negra¹⁴. Atualmente, no Brasil, existem 3.386 CRQ certificadas pela Fundação Cultural Palmares, dos quais 2.169 estão presentes na região nordeste, sendo 42 no estado da Paraíba, entre elas, a CRQ Caiana dos Crioulos, no município de Alagoa Grande, certificada em 05 de maio de 2005¹⁵.

Contudo, as informações sobre as comunidades quilombolas ainda são escassas principalmente no que diz respeito à saúde. Deste modo, o objetivo deste estudo foi caracterizar os perfis sociodemográfico, de saúde e de utilização dos serviços de saúde e avaliar sua associação com a autoavaliação negativa de saúde de quilombolas.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo-analítico, realizado na CRQ Caiana dos Crioulos, em Alagoa Grande, Paraíba, Brasil. A CRQ Caiana dos Crioulos está localizada na zona rural, a aproximadamente 12 km da cidade sede município a que pertence, situada na microrregião do Brejo Paraibano e mesorregião do Agreste Paraibano¹⁶.

A seleção da amostra foi aleatória simples, por meio do gerenciador de números aleatórios Randon, versão 2.1. Foram sorteados 85 números, dos quais representava o número do registro do domicílio, no cadastro da Agente Comunitária de Saúde (ACS). Em cada domicílio selecionado, um morador maior de 18 anos foi convidado a participar, respondendo por todos os moradores do domicílio¹.

Os critérios de elegibilidade incluíram os domicílios cadastrados na ESF e os indivíduos com idade superior a 18 anos. Foram excluídos os indivíduos que não se autodeclararam quilombola.

A coleta de dados foi realizada por um único pesquisador, previamente treinado, entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020. Foi utilizado um questionário estruturado constituído por questões sociodemográficas [sexo, faixa etária e escolaridade (≤ 8 anos de estudo e >8 anos de estudo)] e o questionário módulo J, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013 – referente ao perfil de saúde e de utilização dos serviços de saúde dos moradores do domicílio¹⁸.

A avaliação do estado de saúde foi obtida por meio da pergunta: “*De um modo geral, como é o estado de saúde do morador do domicílio?*”, com as opções de respostas: 1- muito boa, 2-boa, 3- regular, 4- ruim e 5- muito ruim. Para a análise, as respostas foram categorizadas em: muito boa/ boa e regular/ ruim/ muito ruim³.

Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS (versão 22.0 para Windows, IBM Corp., Armonk, NY, USA). A análise estatística descritiva correspondeu ao

cálculo de frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas, e as medidas de tendência central e de variabilidade, para variáveis quantitativas. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi usado, para verificar a normalidade das variáveis quantitativas, e, em seguida, empregou-se o teste *Qui-quadrado* de Pearson, para identificar possíveis associações entre a autopercepção de saúde dos quilombolas e as características sociodemográficas, perfil de saúde e padrão de utilização dos serviços de saúde. As variáveis com um p-valor $<0,20$ foram incluídas na análise de Regressão de Poisson com variância robusta. A medida de associação foi demonstrada como RP (Razão de Prevalência) e intervalos de confiança (95%). O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer nº 3.401.241), seguindo os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram visitados 74 domicílios, representando um total de 154 quilombolas. A maioria foi composta por mulheres, idades entre 30 e 39 anos, média de idade de $45,8 \pm 18,0$ anos, idade mínima de 19 anos e máxima de 92 anos. Verificou-se ainda predomínio de indivíduos com escolaridade menor que 8 anos de estudo. Os domicílios eram compostos com média de $2,1 \pm 0,77$ moradores, mínimo de 1 morador e máximo de 4 moradores (Tabela 1).

Caracterização do Perfil de Saúde

Em relação ao perfil de saúde, teve maior percentual para a avaliação do estado de saúde classificado como bom, não apresentaram restrições em atividades por problemas temporários de saúde, nas duas semanas anteriores à pesquisa. A dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca foi o motivo principal que impediu a pessoa de realizar suas atividades habituais, não ocasionando que o indivíduo ficasse acamado. O diagnóstico dado pelo médico de doença crônica, física ou mental, ou de longa duração foi identificado em 42,9% dos quilombolas e não limitou suas atividades habituais (Tabela 2).

Perfil de Utilização dos Serviços de Saúde

A maioria dos quilombolas consultou um médico nos doze últimos meses anteriores à coleta, sendo mínimo de 1 vez e máximo de 15 vezes. Em relação à consulta com o dentista 42,9% o fizeram nos últimos doze (Tabela 3).

A maioria dos quilombolas relatou não ter procurado um lugar, serviço ou profissional de saúde, nas duas últimas semanas, porém, daqueles que procurou, o motivo principal foi à continuação de tratamento. Em relação ao local onde a pessoa procurou atendimento de saúde, predominou a Unidade Básica de Saúde. A maioria informou que foram atendidas na primeira vez quando procuraram atendimento.

Dos participantes que não conseguiram o atendimento de saúde na primeira vez que procuraram, o motivo principal foi que não tinha dentista atendendo. Informaram que voltaram a procurar o serviço de saúde mais uma vez, sendo a Unidade Básica de Saúde o local desta procura, nas duas últimas semanas. E, mais uma vez, não foram atendidos, pois não tinha dentista atendendo (Tabela 3).

Dos que foram atendidos na primeira vez que procuraram atendimento, nas duas últimas semanas que antecederam a coleta de dados, o principal atendimento recebido foi a consulta médica (Tabela 3).

No último atendimento, a maioria teve receitado algum medicamento e obtiveram todos os medicamentos. Das razões alegadas para a não obtenção do medicamento, o principal motivo foi à indisponibilidade no serviço de saúde. Nenhum dos medicamentos prescritos foi coberto por plano de saúde, nem obtidos no programa farmácia popular, foram obtidos no serviço público de saúde e não foram pagos (Tabela 4).

Em relação aos quilombolas que não procuraram um serviço de saúde, nas duas últimas semanas, a maioria avaliou que não houve necessidade de procurar o serviço de saúde. Nos últimos doze meses, houve maior número de quilombolas que não ficaram internados em hospital e, dos que ficaram internados, tiveram mediana de 1 vez, mínimo de 1 vez e máximo de 2 vezes, mediana de 3 dias internados, mínimo de 1 dia e máximo de 15 dias. Em totalidade, o estabelecimento de saúde em que estiveram internados foi o público, não sendo a internação coberta pelo plano de saúde, não sendo pago valor algum, foi coberto pelo SUS e consideraram o atendimento recebido como bom. Apenas um morador teve atendimento de emergência no domicílio, que não foi pago, foi coberto pelo SUS, foi considerado bom e não foi acionado o serviço de ambulância (Tabela 4).

Foram utilizadas práticas integrativas e complementares, nos doze últimos meses, sendo as plantas medicinais e a fitoterapia o tratamento utilizado por todos os quilombolas, esses não foi coberto pelo plano de saúde, não foi pago e não foi feito através do SUS. Ainda, houve maior número de quilombolas que não tiveram dengue, com diagnóstico dado pelo médico (Tabela 4).

Avaliação do estado de saúde dos quilombolas de acordo com as características sociodemográficas, perfis de saúde e de utilização dos serviços de saúde

Na análise bivariada, a avaliação do estado de saúde dos quilombolas mostrou associação com a faixa etária ($p < 0,001$), com a escolaridade ($p = 0,028$), com a doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico ($p < 0,001$) e com a procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde, nas duas últimas semanas ($p = 0,001$) (Tabela 5).

Um modelo de regressão múltipla foi utilizado, para avaliar as associações das variáveis (Tabela 6). Na análise bruta, a autopercepção de saúde dos quilombolas foi associada à faixa etária, à escolaridade, à doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico e à procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde, nas duas últimas semanas. Quando ajustada, os quilombolas na faixa etária de 50-59 anos ($p = 0,049$), de 60-69 anos ($p = 0,041$) e de 70 anos ou mais ($p = 0,007$), e que procuraram por algum lugar, serviço ou profissional de saúde apresentaram pior autopercepção de saúde.

DISCUSSÃO

A população negra apresenta maior vulnerabilidade social e econômica, o que reflete uma menor expectativa de vida e maior susceptibilidade a agravos a saúde¹⁹, apresentando menor expectativa devida ao nascer, menor acesso aos serviços de saúde, maior mortalidade infantil e materna, pior percepção do estado de saúde em comparação com a população branca²⁰. Na população quilombola, as condições de vulnerabilidades podem ainda serem observadas pelas condições de moradia, atividades laborais rurais e nas condições desiguais a saúde¹³.

Neste estudo, a avaliação do estado de saúde referida pelos quilombolas como ruim foi menor quando comparado a outros estudos com quilombolas^{3,12,21}, quanto com população de adultos¹⁰, e em grupo específico de diabéticos e hipertensos⁵. Esse resultado pode ser um indicativo de uma autopercepção da condição de saúde baseada pela ausência de doenças, pois o perfil de saúde demonstrou que os quilombolas não apresentaram restrições das atividades habituais em decorrência de doenças temporárias ou de doenças crônicas.

Tal observação apresentou-se divergente nas populações quilombolas da Bahia³ e de Minas Gerais²⁰ e em moradores de Rio Branco⁶. Os autores destacaram que, embora a maioria da população tenha declarado um estado de saúde satisfatório, foi observada uma elevada autopercepção negativa de saúde, o que pode indicar a concepção de saúde associados à situação de precariedade social vivenciada nas comunidades¹³.

De modo que a autoavaliação da saúde permite verificar outros parâmetros de saúde para além da condição físico-patológica dos indivíduos⁶, mas também às condições sociais do processo saúde-doença¹¹.

Outro fator que pode justificar uma menor avaliação do estado de saúde como negativa é a ausência de diagnóstico de doença crônicas. Pois, a presença de doença crônica poderá ser associada a uma maior autopercepção de saúde negativa nos quilombolas³, condizendo possivelmente com a compreensão dos quilombolas sobre o conceito de saúde baseado pela ausência de doenças, especialmente das doenças crônicas¹².

Ainda que a transição epidemiológica possa produzir mudanças no perfil de saúde desta comunidade, com o provável aumento das doenças crônicas e suas complicações²², enfatizamos que foi detectada a presença de diarreia/vômito/náuseas/gastrite que impediram a realização das atividades habituais dos quilombolas. Essas doenças poderão remeter a manutenção da condição de vulnerabilidade higiênico-sanitária, evidenciadas pela ausência de serviços básicos, como saneamento e água tratada, e pelo acúmulo de lixo domiciliar, de acordo com o resultado de outro estudo nesta comunidade¹⁶.

Foram registrada dor nas costas, problemas no pescoço ou na nuca, doença mental e acidente de trânsito. Em outro estudo com quilombolas³, a depressão e a dor na coluna, apresentaram-se associadas à autopercepção negativa de saúde e como variáveis que modificaram a autopercepção de saúde. Assim, poderá ser reconhecida a interrelação entre a presença de doença com a pior autoavaliação da saúde.

Ressalta-se que o contexto rural, geralmente implica em limitações sociais que podem causar depressão, e que a prevalência de dor nas costas é maior nas áreas rurais, possivelmente pelo esforço físico exigido nas atividades laborais rurais acarretando limitação na mobilidade dos quilombolas²¹.

Neste estudo, a faixa etária e a utilização dos serviços de saúde, foram associados a pior autopercepção de saúde dos quilombolas, esse resultado coincide com os fatores que interferem na autoavaliação da condição de saúde negativa na população brasileira¹.

Em relação à faixa etária, foi observado que os quilombolas de maiores faixas etárias foram associados à autopercepção da condição de saúde, sendo um fator também observado na população brasileira¹, em outros estudos^{6,8,11,23} e confirmado inclusive em quilombolas^{3,13}.

Esses achados podem evidenciar a influência das características do processo de envelhecimento humano com a ocorrência do aparecimento de maior número de doenças¹⁰, contribuindo para reforçar uma avaliação negativa do estado de saúde com o avançar da idade. Por isso, a necessidade de uma maior atenção à saúde da população idosa, especialmente nas comunidades quilombolas pelas condições de vulnerabilidade que estão

inseridas, com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o estilo de vida¹³.

Essa relação foi divergente em universitários do curso de Educação Física²⁴, onde a faixa etária mais elevada teve associação inversamente à autoavaliação negativa de saúde. O que pode estar relacionado com o perfil de estilo de vida e com as práticas de atividades físicas contribuindo para uma melhor avaliação da condição de saúde. Assim, propõe-se que para envelhecer de forma ativa e saudável, as ações de saúde do idoso devem ser realizadas através da educação para o auto-cuidado em saúde, promovendo o empoderamento de práticas de vida saudável⁹.

Outro achado deste estudo mostra que os quilombolas que procuraram o serviço ou profissional de saúde tiveram uma pior avaliação do estado de saúde, corroborando com outros estudos^{3,11} que demonstraram que a utilização dos serviços de saúde diminuiu a probabilidade de uma pessoa referir boa autopercepção de saúde.

De acordo com estudos anteriores^{1,21} a percepção negativa do estado de saúde exerce influência na decisão do indivíduo de procurar um médico ou um serviço de saúde, de modo que o serviço precisa estar atento ao perfil dos indivíduos que procuram os serviços ou profissionais de saúde. Deve-se pensar sobre os contextos históricos ou atuais das desigualdades raciais e sociais, que podem levar a um provável afastamento dos serviços de saúde¹³.

Nesta comunidade, apesar de estar situada em uma área rural, onde geralmente o isolamento geográfico aumenta às iniquidades em saúde e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde²², os dados revelaram que ocorreu menor número de quilombolas que procuraram os serviços de saúde, porém não houve dificuldade de acesso ao serviço de saúde, procuraram o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e foram atendidos na primeira vez que procuraram. Tal realidade pode estar associada ao reconhecimento da UBS localizada na comunidade, como a porta de entrada no sistema público de saúde²¹ voltado para garantir acesso a toda população.

Foi identificada a ausência de dentista e de médico como o motivo pelo qual os quilombolas não tiveram acesso a primeira vez que procuraram o atendimento. Não obstante, poderá se observar os problemas enfrentados para o funcionamento da ESF na zona rural²¹ como a alta rotatividade dos profissionais de saúde de nível superior e a redução dos horários de expedientes que poderão constituir barreiras ao uso dos serviços de saúde por este grupo populacional.

Os quilombolas tiveram como motivo da procura do serviço de saúde, a continuação de tratamento de doença e para atendimentos preventivos, sendo o principal atendimento recebido a consulta médica. Indicando que para essa população a procura pelo serviço de

saúde relacionada com a situação de doença e com o modelo biomédico²⁵ de assistência à saúde, centrada no tratamento de doenças.

Os percentuais observados nos quilombolas que procuraram os serviços de saúde, que tiveram as doenças como o motivo da procura e a consulta como principal atendimento que receberam foram maiores quando comparados a população quilombola da Bahia²¹ e na população brasileira²⁶.

Porém, permanece uma subutilização e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população quilombola, pois as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, mas, sobretudo pelas piores condições sociais e econômicas^{14,21}. Foram citados em um estudo fatores que podem modificar a utilização dos serviços de saúde, tais como os serviços e equipamentos disponíveis, a localização, os meios de financiamento e administração²³.

A identificação das características associadas a um pior estado de saúde pode contribuir para traçar um perfil dos indivíduos mais propensos a procurar os serviços de saúde¹. Por isso, a avaliação do estado de saúde deve ser compreendida para além do binômio saúde-doença, mas observar os contextos históricos e as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas, sobretudo pelas condições de vulnerabilidade.

Foi observada a limitação envolvida na percepção de saúde pelos entrevistados, indicando a necessidade de abordar algumas questões referentes à concepção de saúde que podem ser avaliadas qualitativamente, contemplando os aspectos relevantes para a avaliação do estado de saúde.

Este estudo verificou que as faixas etárias mais elevadas e a utilização dos serviços de saúde estiveram associadas com a pior avaliação do estado de saúde dos quilombolas. Ressaltamos a importância da implementação de intervenções com foco nos fatores que influenciam na autoavaliação negativa de saúde dos quilombolas desta comunidade.

Financiamento

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

REFERÊNCIAS

1. Pavão AL, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29:723-34
2. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.

3. Kochergin, C. N., Proietti, F. A., & César, C. C. (2014). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1487-1501.
4. Szwarcwald, C. L., Malta, D. C., Pereira, C. A., Vieira, M. L. F. P., Conde, W. L., Souza Junior, P. R. B. D., ... & Miranda, M. (2014). Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 333-342.
5. Bortoluz, S., de Lima, L. A., & Nedel, F. B. (2016). Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Ciência & Saúde*, 9(3), 156-166
6. Bezerra, P. C. D. L., Opitz, S. P., Koifman, R. J., & Muniz, P. T. (2011). Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 2441-2451.
7. Traebert, J., Bortoluzzi, M. C., & Kehrig, R. T. (2011). Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 789-793.
8. dos Santos, E. C., de Menezes Couto, B., & de Carvalho Bastone, A. (2018). Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. *ABCS Health Sciences*, 43(1).
9. Carvalho, F. F., Santos, J. N., Souza, L. D. M. D., & Souza, N. R. M. D. (2012). Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 285-294.
10. Reichert, F. F., Loch, M. R., & Capilheira, M. F. (2012). Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 3353-3362.
11. Agostinho, M. R., Oliveira, M. C., Pinto, M. E. B., Balardin, G. U., & Harzheim, E. (2010). Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 5(17), 9-15.
12. Oliveira, F. (2003). Saúde da população negra. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde*, 114.
13. de Almeida, C. B., dos Santos, A. S., Vilela, A. B. A., & Casotti, C. A. (2019). Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Avances en Enfermería*, 37(1), 92-103.
14. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 2003; 21 nov.
15. FUNDAÇÃO PALMARES. Planos de Dados Abertos: Comunidades Quilombolas Certificadas, Disponível em: <http://dados.cultura.gov.br/dataset/comunidades-quilombolas-certificadas>. Acesso em: 12 de março de 2020.

16. Silva, J. A. N. D. (2007). Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, 16, 111-124.
17. FREIRE, JA. *Alagoa Grande: aspectos econômicos e fatos da sua história*. João Pessoa: Ideia, 1996.
18. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)[Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual%20Instrucao%20Selecionado.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.
19. Chehuen NJA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCTD, Rodrigues TCGF, Paulino KR, & Ferreira RE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciencia&saude coletiva*, 2015;20, 1909-1916.
20. Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Guimarães, A. L. S., & Caldeira, A. P. (2015). Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2879-2890.
21. Gomes, K. D. O., Reis, E. A., Guimarães, M. D. C., & Cherchiglia, M. L. (2013). Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1829-1842.
22. Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00213816.
23. Figueiredo, A. C. M. G., Macedo, M. L. C., Cunha, D. F., dos Santos, D. S., da Silva Cabral, N. E., Gomes-Filho, I. S., & Silva, R. B. (2017). AUTOAVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BAIANA. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, 7(3).
24. Franco, D. C., Dias, M. S., & de Sousa, T. F. (2018). Percepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física. *ABCS Health Sciences*, 43(3).
25. Almeida Filho, N. D., & Rouquayrol, M. Z. (2002). Introdução à epidemiologia. *Rio de Janeiro: Medsi*.
26. Stopa, S. R., Malta, D. C., Monteiro, C. N., Szwarcwald, C. L., Goldbaum, M., & Cesar, C. L. G. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, 51, 3s.

Tabela 1. Distribuição dos quilombolas de acordo com as características sociodemográficas. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	86	55,8
Masculino	68	44,2
Faixa etária		
19-29	31	20,1
30-39	33	21,4
40-49	31	20,1
50-59	23	14,9
60-69	14	9,1
70 ou mais	22	14,3
Escolaridade		
≤ 8 anos de estudo	114	74,0
>8 anos de estudo	40	26,0
Número de moradores por domicílio		
1	16	21,6
2	39	52,7
3	16	21,6
4	3	4,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Tabela 2. Distribuição dos quilombolas de acordo com o perfil de saúde. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	N	%
Estado de saúde		
Muito Bom	35	22,7
Bom	58	37,7
Regular	47	30,5
Ruim	14	9,1
Muito ruim	0	0,0
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar atividades por motivos de saúde		
Sim	14	9,1
Não	140	90,9
Principal motivo de saúde que incapacitou à realização de atividades nas duas últimas semanas		
Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca	3	21,4
Dor nos braços ou nas mãos	1	7,1
Artrite ou reumatismo	1	7,1
Resfriado/gripe	2	14,3
Diarreia/vômito/náusea/gastrite	2	14,3
Outro problema de saúde mental	1	7,1
Outra doença	1	7,1
Lesão provocada por acidente de trânsito	1	7,1
Outro problema de saúde	2	14,3
Nas duas últimas semanas, esteve acamado		
Sim	2	14,3
Não	12	85,7
Doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico		
Sim	66	42,9
Não	88	57,1
Doença limita as atividades habituais		
Sim	25	37,9
Não	41	62,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Tabela 3. Distribuição dos quilombolas de acordo com as variáveis referentes à consulta ao médico, ao dentista, procura e obtenção de atendimento de saúde. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	N	%
Quando consultou um médico pela última vez		
Nos doze últimos meses	116	75,3
De 1 ano a menos de 2 anos	25	16,2
De 2 anos a menos de 3 anos	4	2,6
3 anos ou mais	7	4,5
Nunca foi ao médico	2	1,3
Quando consultou um dentista pela última vez		
Nos doze últimos meses	66	42,9
De 1 ano a menos de 2 anos	34	22,1
De 2 anos a menos de 3 anos	10	6,5
3 anos ou mais	29	18,8
Nunca foi ao dentista	15	9,7
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde		
Sim	48	31,2
Não	106	68,8
Motivo principal pelo qual procurou atendimento, nas duas últimas semanas		
Doença	6	12,5
Problema odontológico	3	6,3
Reabilitação ou terapia	1	2,1
Continuação de tratamento	21	43,8
Pré-natal	3	6,3
Exame complementar de diagnóstico	8	16,7
Vacinação	1	2,1
Outro atendimento preventivo	3	6,3
Outro	2	4,2
Local onde procurou o primeiro atendimento, nas duas últimas semanas		
Unidade Básica de Saúde	47	97,9
No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	1	2,1
Foi atendido nessa primeira vez que procurou atendimento, nas duas últimas semanas		
Sim	44	91,7
Não	4	8,3
Motivo pelo qual não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento, nas duas últimas semanas		
Não tinha médico atendendo	1	25,0
Não tinha dentista atendendo	2	50,0
Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender	1	25,0
Nas duas últimas semanas, quantas vezes voltou a procurar atendimento de saúde		
Nenhuma vez	1	25,0
1 vez	3	75,0
Motivo pelo qual não foi atendido nessa última vez, nas duas últimas semanas		
Não tinha médico atendendo	1	33,3
Não tinha dentista atendendo	2	66,7
Principal atendimento de saúde que recebeu, na primeira vez que procurou atendimento		
Consulta médica	37	84,1
Consulta odontológica	1	2,3
Consulta com outro profissional de saúde	5	11,4
Injeção, curativo ou medição da pressão arterial	1	2,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Tabela 4. Distribuição dos quilombolas de acordo com as variáveis referentes à obtenção de medicamento, internação em hospital, prática integrativa complementar e dengue. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	N	%
No último atendimento, foi receitado algum medicamento		
Sim	31	70,5
Não	13	29,5
Obteve os medicamentos receitados		
Todos	26	83,9
Alguns	3	9,7
Nenhum	2	6,5
Motivo por não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados		
Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde	4	80,0
Outro	1	20,0
Medicamento obtido no programa farmácia popular		
Sim, todos	3	9,7
Sim, alguns	4	12,9
Não, nenhum	24	77,4
Medicamento obtido no serviço público de saúde		
Sim, todos	13	46,4
Sim, alguns	5	17,9
Não, nenhum	10	35,7
Pagou algum valor pelos medicamentos		
Sim	12	38,7
Não	19	61,3
Nas duas últimas semanas, motivo pelo qual não procurou serviço de saúde		
Não houve necessidade	91	85,8
O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	5	4,7
Horário incompatível	1	0,9
Dificuldade de transporte	4	3,8
Outro motivo	5	4,7
Nos últimos doze meses, ficou internado em hospital por 24h ou mais		
Sim	6	3,9
Não	148	96,1
Principal atendimento de saúde que recebeu internado (12 últimos meses)		
Parto cesáreo	1	16,7
Tratamento psiquiátrico	1	16,7
Cirurgia	1	16,7
Outros	3	50,0
Última internação nos últimos doze meses foi coberta pelo plano de saúde		
Sim	1	16,7
Não	5	83,3
Na última internação, como foi o atendimento recebido		
Muito bom	2	33,3
Bom	3	50,0
Regular	1	16,7
Nos últimos doze meses, teve atendimento de emergência no domicílio		
Sim	1	0,6
Não	153	99,4
Nos últimos doze meses, utilizou prática integrativa e complementar		
Sim	132	85,7
Não	22	14,3
Tratamento feito através do SUS		
Sim	0	0,0
Não	126	95,5
Não sabe	6	4,5
Teve dengue		
Sim	32	20,8
Não	122	79,2
Diagnóstico dado pelo médico		
Sim	24	75,0
Não	8	25,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Tabela 5. Distribuição da autopercepção de saúde dos quilombolas de acordo com as características sociodemográficas, perfis de saúde e de utilização dos serviços de saúde. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	Autopercepção de Saúde				p-valor
	Muito bom/bom		Regular/ruim/muito ruim		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	52	60,5	34	39,5	0,983
Masculino	41	60,3	27	39,7	
Faixa etária					
19-29	25	80,6	6	19,4	<0,001
30-39	26	78,8	7	21,2	
40-49	21	67,7	10	32,3	
50-59	9	39,1	14	60,9	
60-69	5	35,7	9	64,3	
70 ou mais	7	31,8	15	68,2	
Escolaridade					
≤ 8 anos de estudo	63	55,3	51	44,7	0,028
>8 anos de estudo	30	75,0	10	25,0	
Doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico					
Sim	29	43,9	37	56,1	<0,001
Não	64	72,7	24	27,3	
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde					
Sim	20	41,7	28	58,3	0,001
Não	73	68,9	33	31,1	

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Tabela 6. Modelo de regressão múltipla de Poisson, de acordo com as variáveis sociodemográficas, perfil de saúde e padrão de utilização dos serviços de saúde. Caiana dos Crioulos, PB, 2020.

Variáveis	Autopercepção de Saúde			
	RP Bruta (IC _{95%})	P-valor	RP Ajustada (IC _{95%})	P-valor
Faixa etária				
19-29	1		1	
30-39	1,096 (0,414-2,903)	0,854	1,134 (0,461-2,790)	0,784
40-49	1,667 (0,690-4,023)	0,256	1,599 (0,642-3,980)	0,313
50-59	3,145 (1,428-6,928)	0,004	2,425 (1,004-5,857)	0,049
60-69	3,321 (1,466-7,252)	0,004	2,690 (1,039-6,961)	0,041
70 ou mais	3,523 (1,626-7,633)	0,001	3,242 (1,370-7,675)	0,007
Escolaridade				
≤ 8 anos de estudo	1,789 (1,008-3,178)	0,047	0,908 (0,465-1,773)	0,777
>8 anos de estudo	1		1	
Doença crônica, física ou mental, ou de longa duração diagnosticada pelo médico				
Sim	2,056 (1,374-3,074)	<0,001	1,384 (0,900-2,128)	0,139
Não	1		1	
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde				
Sim	1,874 (1,293-2,714)	0,001	1,525 (1,031-2,258)	0,035
Não	1		1	

RP, Razão de Prevalência; IC, Intervalo de Confiança; *p<0,05.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu vislumbrar as características sociodemográficas, a condição de saúde e a utilização dos serviços de saúde desta comunidade remanescente de quilombolas.

Dentre os principais achados, aponta a satisfação dos quilombolas com a saúde, tal entendimento poderá condizer com a concepção de saúde baseada na ausência de doenças, pois em um conceito amplo de saúde, as condições sociodemográficas apresentadas na comunidade, sugerem condições de vulnerabilidades em saúde.

Destaca-se, que a maioria dos quilombolas não procurou os serviços de saúde, uma possível explicação é a compreensão da utilização dos serviços de saúde para tratamento de doenças, numa perspectiva curativista, sem configurar a dimensão de promoção de saúde e prevenção de doenças na assistência a saúde.

Enfatiza-se que apresentaram uma boa avaliação da QV, com destaque para o domínio físico, que poderá está implícita a boa condição física pela ausência de doenças, especialmente, por permitir a capacidade laboral rural dos quilombolas, enquanto o pior escore no domínio meio ambiente poderá está atrelado à localização rural, que se constitui em um fator que dificulta o acesso a melhores condições de vida.

Portanto, verificou-se que a condição de saúde e a QV, refletem as iniquidades, sobretudo, pelas condições sociodemográficas. Assim, tornam-se imprescindíveis ações de políticas públicas sociais capazes de melhorar os principais fatores que influenciam na saúde e QV desta população.

Alguns aspectos não metodológicos, vivenciados na coleta também são ressaltados como as dificuldades operacionais, a exemplo da dificuldade de acesso até a comunidade devido à precária condição da rodovia, além da disposição dos domicílios distantes entre si, a falta de pavimentação e os desníveis das vias na comunidade que só permitiam locomoção de pedestres, especialmente nos dias chuvosos.

É importante destacar que existem limitações do estudo, em função, da escassez de pesquisas para a comparação entre as comunidades quilombolas, e em relação às demais populações. Porém, não comprometeram a interpretação dos dados.

Este estudo poderá subsidiar a elaboração de estratégias, ações e a realização de intervenções necessárias sobre as variáveis que influenciam a condição de saúde, a utilização dos serviços de saúde e da QV dessa comunidade, sendo recomendáveis ações que promovam uma compreensão dos fatores relacionados à concepção de saúde além do binômio saúde-

doença, e contextualizar a utilização dos serviços de saúde adequando a localização rural, a cultura, o modo de vida e do processo saúde-doença desse grupo populacional.

Nessa perspectiva, é de fundamental importância o desenvolvimento de mais investigações envolvendo as comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2013. Disponível:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.
2. CHEHUEN, N.; FONSECA, G.; BRUM, I.; SANTOS J.; RODRIGUES, T.; PAULINO, K.; FERREIRA, R. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015.
3. Brasil. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da união**, 2009.
4. FREITAS, I.; RODRIGUES, I.; SILVA I.; NOGUEIRA, L. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2187-200, 2018
5. BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.** Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, Disponível em:<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=4887&ano=2003&ato=d43MTVE5EeRpWTf21>. Acesso em: 21 nov. 2018.
6. SILVA, R. J. D. S., SMITH-MENEZES, A., TRIBESS, S., RÓMO-PEREZ, V., VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.
7. Fundação Palmares. Planos de Dados Abertos: Comunidades Quilombolas Certificadas, Disponível em: <http://dados.cultura.gov.br/dataset/comunidades-quilombolas-certificadas>. Acesso em: 12 de março de 2020.
8. CARDOSO, C. S., MELO, L. O. D., FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1037-1045, 2018.
9. BEZERRA, P. C. D. L., OPITZ, S. P., KOIFMAN, R. J., MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 2441-2451, 2011.
10. PEREIRA, É. F., TEIXEIRA, C. S., DOS SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.
11. SANTOS, V. C., BOERY, E. N., PEREIRA, R., ROSA, D. D. O. S., VILELA, A. B. A., ANJOS, K. F. D., & BOERY, R. N. S. D. O. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 2-9, 2016.

12. OLIVEIRA, S.; PEREIRA, M.; GUIMARÃES, A.; CALDEIRA, A. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.9 p. 2879-2890, 2015.
13. DE ALCANTARA SOUSA, L. V., DA SILVA MACIEL, E., PEIXOTO QUARESMA, F. R., DA SILVA PAIVA, L., AFFONSO FONSECA, F. L., & ADAMI, F. Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 28, n. 2,p.199-205, 2018.
14. CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 423–425, 1999.
15. TORALES, A. P. B., VARGAS, M. M., & DA CUNHA OLIVEIRA, C. C.. QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO NORDESTE-BR: percepção e fatores associados. **Revista Relicário**, v. 5, n. 10, p. 128-149, 2018.
16. GOMES, K. D. O., REIS, E. A., GUIMARÃES, M. D. C., CHERCHIGLIA, M. L . Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1829-1842, 2013.
17. Brasil. Certificações quilombolas atualizadas [database on the Internet]. 2012 [acessado 2020 Fev 20]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>
18. CUNHA, E. M. G. P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. **BATISTA, LE et al. Saúde da População Negra. Brasília: ABPN**, p. 37, 2012.
19. BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasil. Ministerio da Saude, 2001.
20. OLIVEIRA, S. K. M., PEREIRA, M. M., FREITAS, D. A., CALDEIRA, A. P. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 307-313, 2014.
21. WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.
22. CUNHA, E. M. G. P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. **BATISTA, LE et al. Saúde da População Negra. Brasília: ABPN**, p. 37, 2012.
23. PAULI, S.; BAIROS, F.; NUNES, L.; NEUTZLING, M. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.9, p. 3293-3303, 2019.
24. AMORIM, MM.; TOMAZI, L.; SILVA, R.; SOUZA, GR.;FIGUEIREDO, T. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão. **Bioscience journal**, v. 29, n. 4, 2013.

25. SINGH-MANOUX, A., MARTIKAINEN, P., FERRIE, J., ZINS, M., MARMOT, M., & GOLDBERG, M. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 4, p. 364-372, 2006
26. SZWARCOWALD, C. L., MALTA, D. C., PEREIRA, C. A., VIEIRA, M. L. F. P., CONDE, W. L., SOUZA JUNIOR, P. R. B. D., ... & LOPES, C. D. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 333-342, 2014.
27. REICHERT, F. F., LOCH, M. R., & CAPILHEIRA, M. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3353-3362, 2012.
28. FIGUEIREDO, A. C. M. G., MACEDO, M. L. C., CUNHA, D. F., DOS SANTOS, D. S., DA SILVA CABRAL, N. E., GOMES-FILHO, I. S., ... & SILVA, R. B. A UTOAVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BAIANA. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 3, 2017.
29. KOCHERGIN, C. ; PROIETTI, F. ; CESAR, C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.7, p. 1487-1501, 2014.
30. PAVÃO, A. L. B., WERNECK, G. L., CAMPOS, M. R. . Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.
31. AGOSTINHO, M. R., OLIVEIRA, M. C., PINTO, M. E. B., BALARDIN, G. U., HARZHEIM, E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.
32. SZWARCOWALD, C. L., MALTA, D. C., PEREIRA, C. A., VIEIRA, M. L. F. P., CONDE, W. L., SOUZA JUNIOR, P. R. B. D., LOPES, C. D. S. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 333-342, 2014.
33. TRAEBERT, J., BORTOLUZZI, M. C., KEHRIG, R. T. Auto-percepção das condições de saúde da população adulta, Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 789-793, 2011.
34. SILVA, J. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007.
35. SANTOS, D.; PRADO, B.; OLIVEIRA, C.; ALMEIDA-SANTOS, M. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em Comunidades Quilombolas do Estado de Sergipe, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 3, p. 383-390, 2019.
36. TEIXEIRA, E.; MUSSI, R.; PETROSKI, E.; MUNARO, H.; FIGUEIREDO, A. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 85-90, mar. 2019.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18024126012019>. Acesso em: 13 mar. 2020.

37. OLIVEIRA, S.; CALDEIRA, A. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet.** [online]. 2016, vol.24, n.4, p.420-427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600040093>. Acesso em: 13 mar. 2019
38. FERREIRA, H. D. S., TORRES, Z. M. C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 219-229, 2015
39. BARROSO, S. M., MELO, A. P. S., & GUIMARÃES, M. D. C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 256-263, 2014.
40. CABRAL-MIRANDA, G., DATTOLI, V. C. C., & DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do semi-árido Baiano. **Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology**, v. 39, n. 1, p. 48-55, 2010.
41. MARQUES, A. S., FREITAS, D. A., LEO, C. D. A., OLIVEIRA, S. K. M., PEREIRA, M. M., & CALDEIRA, A. P. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 365-371, 2014.
42. SILVA, Z. P. D., RIBEIRO, M. C. S. D. A., BARATA, R. B., & ALMEIDA, M. F. D. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3807-3816, 2011.
43. VIACAVA, F., & BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 351-370, 2016.
44. MENDOZA-SASSI, R., BÉRIA, J. U. . Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 819-832, 2001.
45. MOREIRA, J. P. D. L., MORAES, J. R. D., LUIZ, R. R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3781-3793, 2011.
46. DIAS-DA-COSTA, J. S., OLINTO, M. T. A., SOARES, S. A., NUNES, M. F., BAGATINI, T., MARQUES, M. D. C., PATTUSSI, M. P. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 868-876, 2011.
47. Travassos, C., Viacava, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

48. VOLOCHKO A. A saúde nos quilombos. In: VOLOCHKO A, BATISTA LE, organizadores. Saúde nos quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde 2009; p. 147-168.
49. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS)[Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldoruz,2013.Disponível em:<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/arquivos/Novos/Mannual%20Instrucao%20Selecionado.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.
50. RIBEIRO, M. C. S. D. A., BARATA, R. B., ALMEIDA, M. F. D., & SILVA, Z. P. D. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.
51. ALCÂNTARA, S.; SILVA, M; Peixoto, F.; AFFONSO, F.; ADAMI, F. Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 28, n. 2, p. 9-15, 2018.
52. FLECK, M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.
53. FRANKEN, I., COUTINHO, M. P., & RAMOS, N. Migração e qualidade de vida, o pensamento social de brasileiros migrantes. **Krutzen EC, Vieira SB, organizadores. Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental. João Pessoa: EDUFPB**, p. 160-79, 2007.
54. WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995
55. HANMER, J., FEENY, D., FISCHHOFF, B. HAYS RD, HESS R, PILKONIS PA, The PROMIS of QALYs. Health Quality Life Outcomes. 2015
56. CAMPOS, M. O., & NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232, 2014.
57. WHOQOL GROUP et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.
58. SARDINHA, A.; ARAGÃO, F.; SILVA, C.; RODRIGUES, Z.; REIS, A.; VARGA, I. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, p.1-10, 2019.
59. MASCARENHAS, C.;PRADO, F.;FERNANDES, M. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.
60. BOMBARDELLI, C.; ROSA, L.; KELLER, K.;SILVA, K.; ROSA, P.;PERES, A. Qualidade de vida de idosos residentes em município com características rurais do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 88-94, 2017

61. ALMEIDA-BRASIL, C. C., SILVEIRA, M. R., SILVA, K. R., LIMA, M. G., FARIA, C. D. C. D. M., CARDOSO, C. L., & CECCATO, M. D. G. B Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1705-1716, 2017.
62. HORTA, A.; CRUZ, M.; CARVALHO, G. Famílias refugiadas africanas: qualidade de vida, expectativas e necessidades em relação à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28,n.4, p. 113-123, 2019.
63. SANTOS V.; BOERY E.; BOERY R.; ANJOS K. Condições de saúde e qualidade de vida de idoso negro quilombola. **Revista de Enfermagem**; v. 8, n 8, p. 2603-2610, 2014.
64. VELTEN, A.; MORAES, N.; OLIVEIRA, E.; MELCHORS, A.; SECCHIN, C.; LIMA, E. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v.15, n.1, p. 9-16, 2013.
65. LOPES, M.; Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia.
In:ROUQUAYROL,M.;SILVA,M. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
66. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2013. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 mar.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUADRO SOCIODEMOGRÁFICO

IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

Número de identificação do domicílio __|__|__|

Data da entrevista ____|____|____

Morador	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Sexo								
Idade								
Cor ou raça								
Auto declara quilombola								
Escolaridade								
Estado civil								
Profissão								
Situação de trabalho								
Localização do trabalho								

Número do morador entrevistado: |_____|

Instruções de preenchimento

Morador – M: identificação numérica do morador do domicílio

Sexo: 1- masculino 2- feminino

Idade: Registro da idade em anos.

Cor ou raça: 1. Branca 2. Negra ou Preta 3. Amarela: descendente de povos orientais 4. Parda: mulato(a), caboclo(a), cafuzo(a), mameluco(a) ou mestiço(a) 5. Indígena

Autodeclara quilombola: 1-Sim 2-Não

Escolaridade: 1-Analfabeto ou menos de um ano de escolaridade 2- Fundamental incompleto 3- Fundamental completo 4- Ensino médio incompleto 5- Ensino médio completo 6- Ensino superior incompleto 7- Ensino superior completo

Estado civil: 1-Solteiro 2-Casado ou união estável 3- Divorciado ou separado 4-Viúvo

Profissão: Registrar, por extenso, a profissão do entrevistado.

Situação de trabalho: 1-Trabalha 2-Está sem trabalho

Localização do trabalho: 1-Urbano 2-Rural

Morador entrevistado: identificação numérica do morador entrevistado pela lista de moradores do domicílio.

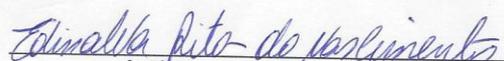
ANEXOS**ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL – TAI**

ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES DE CAIANA DOS CRIoulos
CNPJ: 12.609.426/001-26
Endereço: Quilombo Caiana dos Crioulos
Alagoa Grande – PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado "Qualidade de vida e utilização dos serviços de saúde da população quilombola em Alagoa Grande, Paraíba" desenvolvida pela aluna Josielma da Silva Fernandes do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba -UEPB, sob a orientação do professor Drº Alessandro Leite Cavalcanti.

Campina Grande, 13 de Maio de 2019


Assinatura e carimbo do responsável institucional

ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES DE CAIANA DOS CRIoulos
CNPJ: 12.609.426/001-26

Edinalva Rita do Nascimento
Presidente
Alagoa Grande-PB

ANEXO B – PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE -2013 - MÓDULO J:
QUESTIONÁRIO DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

J1. De um modo geral, como é o estado de saúde?

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

J2. Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais(trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo de saúde?

1. Sim
2. Não

(Se J2=2, passe ao J7.)

J3. Nas duas últimas semanas, quantos dias deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde?

|__|__| dias

(siga J4)

J4. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu de realizar suas atividades habituais nasduas últimas semanas?

1. Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca
2. Dor nos braços ou nas mãos
3. Artrite ou reumatismo
4. DORT- doença osteomuscular relacionada ao trabalho
5. Dor de cabeça ou enxaqueca
6. Problemas menstruais
7. Problemas da gravidez
8. Parto
9. Problema odontológico
10. Resfriado / gripe
11. Asma / bronquite / pneumonia
12. Diarreia / vômito / náusea / gastrite
13. Dengue
14. Pressão alta ou outra doença do coração
15. Diabetes
16. AVC ou derrame
17. Câncer
18. Depressão
19. Outro problema de saúde mental
20. Outra doença
21. Lesão provocada por acidente de trânsito
22. Lesão provocada por outro tipo de acidade
23. Lesão provocada por agressão ou outra violência
24. Outro problema de saúde (Especifique: _____)

(siga J5)

J5. Nas duas últimas semanas _____ esteve acamado (a)?

1. Sim
2. Não

(Se J5=2, passe ao J7.)

J6. Nas duas últimas semanas, quantos dias _____ esteve acamado (a)?

|__|__|dias

(siga J7)

J7. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?

1. Sim
2. Não

(Se J7=2, passe ao J9).

J8. Esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)?

1. Sim
2. Não

(siga J9)

J9. Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1. Sim
2. Não

(Se J9=2, passe ao J11.)

J10. Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar:

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público/ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
12. No domicílio, com médico particular
13. Outro serviço (Especifique: _____)

(siga J11)

J11. Quando consultou um médico pela última vez?

1. Nos doze últimos meses
2. De 1 ano a menos de 2 anos
3. De 2 anos a menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca foi ao médico

(Se J11≠ 1, passe ao J13.)

J12. Quantas vezes consultou o médico nos últimos 12 meses?

|__|__| vezes

(siga J13)

J13. Quando consultou um dentista pela última vez?

1. Nos doze últimos meses
2. De 1 ano a menos de 2 anos
3. De 2 anos a menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca foi ao dentista

(siga J14)

J14. Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (Se J14=2, passe ao J36.)

1. Sim
2. Não

J15. Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?

1. Acidente ou lesão
2. Doença
3. Problema odontológico
4. Reabilitação ou terapia
5. Continuação de tratamento
6. Pré-natal
7. Puericultura
8. Parto
9. Exame complementar de diagnóstico
10. Vacinação
11. Outro atendimento preventivo
12. Solicitação de atestado de saúde
13. Outro (Especifique: _____)

(siga J16)

J16. Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público/ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
12. No domicílio, com médico particular
13. Outro serviço (Especifique: _____)

(siga J17)

J17. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido (a)?

1. Sim
2. Não

(Se J17=1, passe ao J23. Se J17=2, siga J18.)

J18. Por que motivo não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas? (siga J19)

1. Não conseguiu vaga ou pegar senha
2. Não tinha médico atendendo
3. Não tinha dentista atendendo
4. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender
5. Esperou muito e desistiu
6. O serviço de saúde não estava funcionando
7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso
8. Não podia pagar pela consulta
9. Outro (Especifique: _____)

J19. Nas duas últimas semanas, quantas vezes voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo? (Se J19≠0, siga J20. Se J19=0, passe ao J37.)

|_|_|_|

0. Nenhuma vez

J20. Onde procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
6. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
7. Hospital público/ambulatório
8. Consultório particular ou clínica privada
9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
12. No domicílio, com médico particular
13. Outro serviço (Especifique: _____)

(siga J21)

J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido (a)?

1. Sim
2. Não

(Se J21=1, passe ao J23. Se J21=2, siga J22.)

J22. Por que motivo não foi atendido (a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

1. Não conseguiu vaga ou pegar senha
2. Não tinha médico atendendo
3. Não tinha dentista atendendo
4. Não havia profissional de saúde especializado para atender
5. Esperou muito e desistiu
6. O serviço de saúde não estava funcionando
7. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso
8. Não podia pagar pela consulta
9. Outro (Especifique: _____)

(passe ao J37)

J23. Este serviço de saúde onde foi atendido era:

1. Público
2. Privado
3. Não sabe

(siga J24)

J24. Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?

1. Sim
2. Não

(siga J25)

J25. Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?

(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

1. Sim
2. Não

(siga J26)

J26. O atendimento de saúde foi feito pelo SUS?

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
- (siga J27)

J27. Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?

1. Consulta médica
2. Consulta odontológica
3. Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)
4. Atendimento com agente comunitário de saúde
5. Atendimento com parteira
6. Atendimento na farmácia
7. Vacinação
8. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial
9. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia
10. Exames laboratoriais ou de imagem ou exames complementares de diagnóstico
11. Gesso ou imobilização
12. Pequena cirurgia em ambulatório
13. Internação hospitalar
14. Marcação de consulta
15. Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia
16. Outro atendimento (Especifique: _____)

(Se J27≠14, siga J29. Se J27=14, passe ao J37.)

J28. Excluída

J29. No último atendimento foi receitado algum medicamento?

1. Sim
2. Não

(Se J29=1, siga J30. Se J29=2, passe ao J37.)

J30. Conseguiu obter os medicamentos receitados?

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum

(Se J30=1, passe ao J32. Se J30= 2 ou 3, siga J31.)

J31. Qual o principal motivo de não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?

1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada
2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde
3. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP)
4. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte
5. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia
6. Não tinha dinheiro para comprar
7. Não achou necessário
8. Desistiu de procurar, pois melhorou
9. Outro (Especifique: _____)

(Se J30=3, passe ao J37. Se J30=2, siga J32.)

J32. Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?

1. Sim, todos
2. Sim, alguns
3. Não, nenhum

(Se J32=1, passe ao J35. Se J32=2 ou 3, siga J33.)

J33. Algum dos medicamentos foi obtido no programa farmácia popular (PFP)?

1. Sim, todos
2. Sim, alguns
3. Não, nenhum

(Se J33=1, passe ao J35. Se J33=2 ou 3, siga J34.)

J34. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?

1. Sim, todos
2. Sim, alguns
3. Não, nenhum

(siga J35)

J35. Pagou algum valor pelos medicamentos?

1. Sim
2. Não

(passe ao J37)

J36. Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde?

1. Não houve necessidade
2. Não tinha dinheiro
3. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
4. Horário incompatível
5. O atendimento é muito demorado
6. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades
7. Achou que não tinha direito
8. Não tinha quem o(a) acompanhasse
9. Não gostava dos profissionais do estabelecimento
10. Greve nos serviços de saúde
11. Dificuldade de transporte
12. Outro motivo (Especifique: _____)

(siga J37)

J37. Nos últimos 12 meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

1. Sim
2. Não

(Se J37=2, passe ao J46.)

J38. Nos últimos 12 meses, quantas vezes _____ esteve internado(a)?

|__|__| vezes

(siga J39)

J39. Qual foi o principal atendimento de saúde que _____ recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?

1. Parto normal
2. Parto cesáreo
3. Tratamento clínico
4. Tratamento psiquiátrico
5. Cirurgia
6. Exames complementares de diagnóstico
7. Outro (Especifique: _____)

(siga J40)

J40. Quanto tempo _____ ficou internado (a) na última vez?

Morador ficou internado

|_____|_____| |_____|_____| meses dias

88. Morador ainda está internado

(siga J41)

J41. O estabelecimento de saúde em que esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses era:

1. Público
2. Privado
3. Não sabe

(siga J42)

J42. A última internação nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?

1. Sim
2. Não

(siga J43)

J43. Pagou algum valor por esta última internação?

(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

1. Sim
2. Não

(siga J44)

J44. Esta última internação foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

(siga J45)

J45. Na última vez que foi internado (a), como foi o atendimento recebido? (siga J46)

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

J46. Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio?

1. Sim
2. Não

(Se J46=2, passe ao J53.)

J47. Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde? (siga J48)

1. Sim
2. Não

J48. Pagou algum valor por este atendimento?

(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

1. Sim
2. Não

(siga J49)

J49. Este atendimento foi feito por através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (siga J50)

1. Sim

2. Não

3. Não sabe

J50. Na última vez que teve atendimento de urgência no domicílio, como foi o atendimento recebido? (siga J51)

1. Muito bom

2. Bom

3. Regular

4. Ruim

5. Muito ruim

J51. Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?

1. Sim

2. Não

(Se J51=2, passe ao J53.)

J52. O transporte foi feito por: (siga J53)

1. SAMU

2. Ambulância de serviço público de saúde

3. Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde

4. Corpo de Bombeiros

5. Outro (Especifique: _____)

J53. Nos últimos 12 meses, utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?

1. Sim

2. Não

(Se J53=2, passe ao J58.)

J54. Qual tratamento fez uso? (siga J55)

1. Acupuntura

2. Homeopatia

3. Plantas medicinais e fitoterapia

4. Outro (Especifique: _____)

J55. Este tratamento foi coberto por algum plano de saúde? (siga J56)

1. Sim

2. Não

J56. Pagou algum valor por este tratamento? (siga J57)

(Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)

1. Sim

2. Não

J57. Este tratamento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (siga J58)

1. Sim

2. Não

3. Não sabe

J58. Já teve dengue? (Se J58=2, passe ao J60.)

1. Sim

2. Não

J59. O diagnóstico foi dado por médico?

1. Sim

2. Não

J60. O informante desta parte foi:

1. A própria pessoa

2. Outro morador |____|____|

3. Não morador

ANEXO C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
(The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref)

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de	1	2	3	4	5

	desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO D: PARECE CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: População Quilombola: qualidade de vida e utilização dos serviços de saúde

Pesquisador: JOSIELMA DA SILVA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15115819.7.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.401.247

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa a ser desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, intitulado: QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA EM ALAGOA GRANDE, PARAÍBA.

Objetivo da Pesquisa:

Ou objetivos da pesquisa, lê-se:

Objetivo geral: Verificar a qualidade de vida e a utilização aos serviços de saúde da população do Quilombo Caiana dos Crioulos.

Objetivos específicos:

- Descrever a percepção de qualidade de vida dos quilombolas nos domínios físicos, psicológicos, das relações sociais e meio ambiente;
- Averiguar a procura ao serviço de saúde pela população quilombola;
- Verificar o grau de acesso da população quilombola aos serviços de saúde;
- Analisar o motivo pelo qual o quilombola não foi atendido no serviço de saúde;
- Identificar o número de vezes que o quilombola procurou atendimento pelo mesmo motivo de saúde;
- Apontar onde o quilombola procurou o último atendimento de saúde;
- Explicar se houve dificuldade de acesso ao serviço de saúde.
- Apresentar as condições sociais e demográficas da população residente nos Quilombo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 3.401.247

Caiana dos Crioulos em Alagoa Grande – PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador apresenta os riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa intitulada: QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA EM ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, apresenta grande relevância científica, social e, ainda, notável contribuição para o avanço na saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta todos os termos obrigatórios, conforme resolução 466/12.

Recomendações:

Sugere-se que o pesquisador apresente relatórios parcial e final da pesquisa ao comitê de ética e pesquisa da UEPB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto é bem escrito, com objetivos claros e está em conformidade a resolução 466/12. Sendo assim, Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1360641.pdf	05/06/2019 11:00:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_PROJETO.pdf	05/06/2019 10:53:24	JOSIELMA DA SILVA FERNANDES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/06/2019 10:48:53	JOSIELMA DA SILVA FERNANDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/06/2019 10:45:29	JOSIELMA DA SILVA FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	_TCLE.pdf	05/06/2019 10:44:52	JOSIELMA DA SILVA FERNANDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_termo_de_concordancia_projeto.pdf	05/06/2019 10:43:51	JOSIELMA DA SILVA FERNANDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_termo_de_compromisso_pesquisador_responsavel.pdf	05/06/2019 10:43:24	JOSIELMA DA SILVA FERNANDES	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA EM ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, sob a responsabilidade de: Josielma da Silva Fernandes e do orientador Drº Alessandro Leite Cavalcanti, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Os estudos sobre a qualidade de vida e utilização dos serviços de saúde da população quilombola ainda são escassos, sendo, portanto, necessários. O desenvolvimento desta pesquisa deverá subsidiar o planejamento e avaliação das ações de saúde para possibilitar maior utilização dos serviços de saúde e compreender os fatores que influenciam na qualidade de vida da população quilombola. A pesquisa tem o objetivo de verificar a qualidade de vida e utilização dos serviços de saúde na população do Quilombo Caiana dos Crioulos em Alagoa Grande-PB.

Para a coleta de dados será aplicado o questionário módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 e o Instrumento de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL BREF e para ampliar os dados sobre a população da comunidade Caiana dos Crioulos será utilizado um quadro dos moradores do domicílio contendo informações sociodemográficas. A pesquisa será realizada nos domicílios do Quilombo Caiana dos Crioulos, em cada domicílio serão identificados os moradores com idade maior de 18 anos para participar da pesquisa.

O questionário da PNS deverá ser respondido por um residente do domicílio com idade maior de 18 anos, homem ou mulher, responsável pela família ou que assim seja considerado pelos demais moradores e que saiba informar sobre a condição de saúde de todos os moradores do domicílio.

Para realizar essa pesquisa QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DOS

SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA EM ALAGOA GRANDE, PARAÍBA, sob apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Conforme a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS considera-se a possibilidade de um risco mínimo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, levar a um leve cansaço após responder os questionários ou risco de constrangimentos. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

A pesquisa espera trazer benefício às demandas individuais dos quilombolas para assegurar o direito à utilização dos serviços de saúde, promover os fatores da qualidade de vida que beneficiam a população quilombola, possibilitando a sociedade avanços no conhecimento além de contribuir nas atuações dos profissionais envolvidos na perspectiva da Saúde Pública.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador (Res. 466/12 IV 3.g e h).

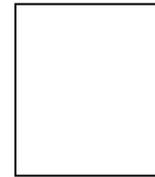
Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Josielma da Silva Fernandes através do telefone (83) 98821 6366 ou através do e-mail: josielma.fernandes@hotmail.com ou do endereço: Rua Pres. João Pessoa, 180 – Centro – Jacaraú-PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa QUALIDADE DE VIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA EM ALAGOA GRANDE, PARAÍBA e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador